This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

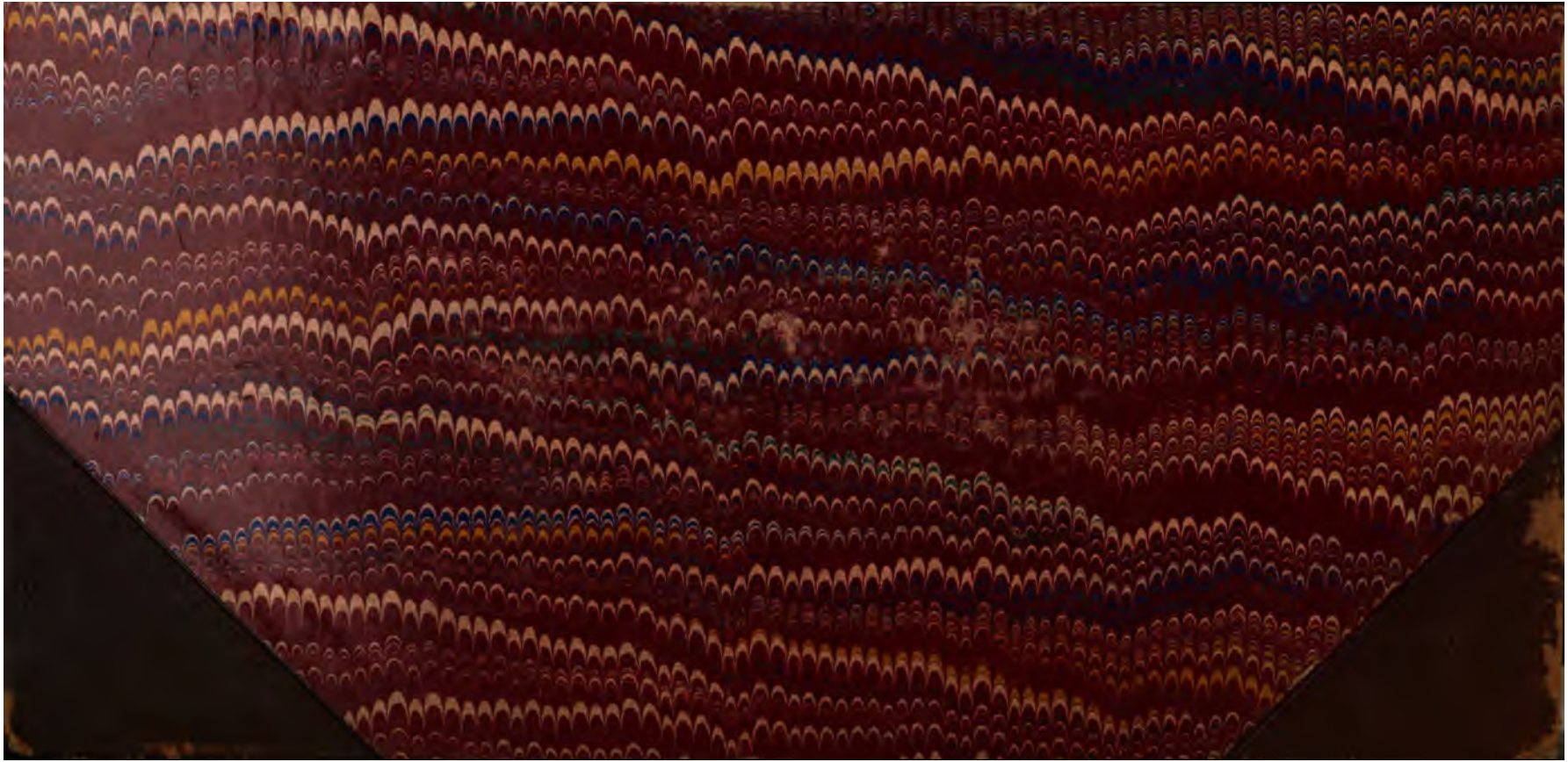
+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`



No.

BOSTON

MEDICAL LIBRARY,

19 BOYLSTON PLACE.

ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

REVUE MENSUELLE

DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

FONDÉE PAR **J.-M. CHARCOT**

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

A. JOFFROY
Professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris.

V. MAGNAN
Membre de l'Académie de médecine
Médecin de l'Asile clinique (Ste-Anne).

F. RAYMOND
Professeur de clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de médecine de Paris.

COLLABORATEURS PRINCIPAUX

MM. AZOULAY, BABINSKI, BALLET, BAUDOUIN (M.), BLANCHARD (R.), BLIN (E.), BLOCQ, BONNUS, BOUCHERAU, BRIAND (M.), BRISSAUD (E.), BROUARDEL (P.), CAMUSET, CATSARAS, CHABBERT, CHARPENTIER, CHRISTIAN, CULLERRE, DEBOVE (M.), DENY, DEVAY, DUCAMP, DUTIL, DUVAL (MATHIAS), FERRIER, FRANCOTTE, GARNIER (S.), GILLES DE LA TOURETTE, GOMBAULT, GRASSET, KERAVAL (P.), KLIPPEL, LAMY, LANDOUZY, MARIE, MIERZEJEWSKY, MUSGRAVE-CLAY, NOIR, PIERRET, PITRES, POPOFF, RÉGIS, REGNARD (P.), RICHER (P.), ROUBINOVITCH, ROTH (W.), SÉGLAS, SERVEAUX, SEGUIN (E.-C.), SÉRIEUX, SOLLIER, SOUQUES, SOURY (J.), TATY, TEINTURIER (R.), THULIÉ (H.), TOULOUSE (E.), VOISIN (J.), P. YVON.

Rédacteur en chef : **BOURNEVILLE**
Secrétaires de la rédaction : **J.-B. CHARCOT** et **G. GUINON**
Dessinateur : **LEUBA**

Tome XXVIII. — 1894.

Avec 20 figures dans le texte.

PARIS
BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*
14, *rue des Carmes.*

1894

BOSTON MEDICAL
DEC 24 1897
LIBRARY.

CATALOGUED
DEC 23 1897
E. H. B.

Vol. XXVIII. Juillet 1894. N° 89

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

1224
BOSTON MEDICAL LIBRARY
DEC 24 1897

A NOS LECTEURS

En 1880, nous avons fait appel à l'amitié de notre illustre Maître, J.-M. Charcot, pour la fondation des *Archives de Neurologie*. Il en avait accepté la direction scientifique et cette direction a toujours été effective. Non seulement il nous remettait régulièrement les travaux qu'il faisait rédiger, pour les *Archives*, par ses élèves, français et étrangers, mais encore c'est avec lui que nous fixions l'ordre d'apparition des mémoires originaux de toute provenance, la mise en page de chaque numéro. Il nous a semblé de haute convenance et de toute justice de continuer à faire figurer son nom sur le frontispice des *Archives* afin de perpétuer le souvenir de son active et constante participation à l'œuvre commune.

D'accord aussi avec notre Conseil de surveillance, à la direction, autrefois unique, de M. Charcot nous avons substitué un *Comité de direction*, composé de trois de ses élèves, nos amis, qui tous ont marqué leur place dans la *Neurologie* et la *Psychiatrie*, et rendu d'éminents services à la science et à l'enseignement : MM. A. Joffroy, V. Magnan et F. Raymond. Il

ne nous appartient pas de faire leur éloge. Mais nous pouvons dire que tous les trois, directement et par leurs élèves, prendront une part régulière et des plus actives à la rédaction et à la direction des *Archives de Neurologie*; qu'ils nous aideront à les perfectionner et à les rendre de plus en plus dignes de la confiance du public médical. BOURNEVILLE.

CLINIQUE MENTALE

NOTE SUR UN CAS DE FOLIE URÉMIQUE CONSÉCUTIF A UN RÉTRÉCISSEMENT TRAUMATIQUE DE L'URÈTHRE

Par M. le Dr A. CULLERRE
Médecin-directeur de l'Asile d'aliénés de La Roche-sur-Yon.

Si j'emploie, en tête de cette note, l'expression de *folie urémique* et non celle de *folie brightique* qui semble avoir le même sens, que j'ai moi-même employée dans une communication au dernier Congrès des médecins aliénistes[1], et qui a le mérite d'être acceptée aujourd'hui par tous ceux qui admettent l'existence d'une relation entre le délire, la folie et les affections des reins, c'est que, s'il s'agit d'un cas de folie causé par l'empoisonnement urinaire, cet empoisonnement résulte d'une toute autre cause que d'une lésion rénale.

L'urémie, en effet, que l'on considère depuis les travaux du professeur Bouchard comme une auto-intoxication due à l'accumulation dans le sang de tous les principes de l'urine indistinctement, n'est pas seulement la conséquence d'une maladie des reins eux-mêmes; elle peut être causée par tout obstacle qui s'oppose à la libre excrétion de l'urine et la science a enregistré quelques observations où l'apparition des accidents uré-

[1] A. Cullerre. — *Quelques observations de folie brightique* (Compte rendu du congrès des médecins aliénistes de la Rochelle, 1893).

miques a été la conséquence d'un *rétrécissement du canal de l'urèthre.*

Mais je ne sache pas que parmi ces accidents urémiques consécutifs à la sténose uréthrale, le délire et la folie aient été notés. Aussi l'observation que je vais rapporter présentera-t-elle au moins cet intérêt d'être, si je ne me trompe, unique jusqu'ici dans son genre.

C... trente-six ans, journalier, est admis pour la première fois le 27 septembre 1893. Le certificat du médecin qui l'a soigné au dehors est ainsi conçu : « atteint de *delirium tremens;* est sujet à des accès pendant lesquels il s'échappe de sa maison. »

Certificat de vingt-quatre heures : « Atteint de mélancolie aiguë d'origine alcoolique, tremblement des mains, de la langue et des muscles de la face ; dépression entrecoupée d'accès de délire furieux avec hallucinations panophobiques. Dangereux pour son entourage. »

Absent au moment de l'admission de ce malade, je le retrouve à mon retour dans un état de calme avec légère dépression mentale sans délire appréciable, et je le renvoie le 31 octobre après un mois de séjour à l'asile.

On le ramène le 21 novembre suivant avec un certificat ainsi conçu : « Atteint de délirium tremens ; sujet à des crises d'excitation pendant lesquelles il est dangereux pour ceux qui l'entourent. »

En même temps j'apprends qu'il n'a fait depuis sa sortie aucun excès alcoolique. Il n'a bu que de l'eau. Le diagnostic *alcoolisme* me paraît dès lors suspect et je rédige ainsi mon certificat de vingt-quatre heures : « Atteint pour la seconde fois de mélancolie aiguë avec hallucinations terrifiantes ; crises panophobiques et impulsions dangereuses. »

C... est un homme de taille moyenne, à la figure fortement asymétrique, le côté droit étant beaucoup moins développé que le gauche. Il ne présente aucun autre stigmate apparent de dégénérescence. Attitude stupide, regard et immobilité presque cataleptiques ; sorte de pétrification dans une attitude effrayée.

Sa femme nous fournit les renseignements suivants sur ses antécédents : son *père* est mort le neuvième jour d'une fièvre avec délire continu : marié trois fois, tous les enfants qu'il a eus de ses deux premières femmes sont morts ; de la dernière, il a eu notre malade et deux filles bien portantes. Pas d'hérédité vésanique dans la famille, mais on y meurt subitement ; oncle mort d'apoplexie, cousin mort également d'apoplexie. Sa *mère*, vivante, est en bonne santé, mais extrêmement emportée.

C... est habitué de longue date aux excès alcooliques. Dans les premiers temps de son mariage, il y a dix ans, il buvait énormément ; il était presque toujours pris de boisson et on le rapportait parfois chez lui ivre-mort ; mais depuis quelques années, ses excès,

sans cesser cependant, étaient beaucoup moindres. En dernier lieu il lui arrivait encore de rester plusieurs jours de suite en gaîté. Ses boissons préférées sont l'eau-de-vie et le vin. Bonne santé habituelle; pas de maladie grave. Il y a un an, il est tombé sur la tête du haut d'un wagon chargé de paille et resta un instant étourdi sur le coup. Ces temps derniers, il a travaillé au delà de ses forces et s'est surmené.

Le nouvel accès de folie s'est manifesté quelques jours après sa sortie de l'asile sans qu'il ait fait le moindre excès alcoolique ; il a été repris de ses crises panophobiques avec fugues au dehors, actes de violence envers ceux qui cherchaient à le retenir et accès d'hébêtement cataleptiforme. Dans ses crises d'agitation on ne pouvait le maintenir au lit, il se levait, bousculait tout le monde et s'enfuyait en chemise à travers le village.

25 *novembre*. — Stupeur panophobique; très hébété, regard effrayé ; immobilité, inertie ; on ne peut lui arracher un mot ; pas d'accès d'agitation. Il se nourrit bien, l'état général est bon, mais il présente souvent par intervalles de la rougeur de la face ; les pupilles sont contractées; pas de fièvre. Il urine dans son pantalon.

5 *décembre*. — Le gardien nous informe qu'il présente une vive inflammation du prépuce. Nous faisons coucher le malade et nous constatons aussitôt non seulement une irritation inflammatoire de l'orifice préputial causée par l'urine; mais encore un œdème blanc très marqué des jambes et des cuisses, et un développement anormal du globe vésical. Une sonde introduite dans l'urèthre s'arrête à mi-chemin devant un obstacle et ne pénètre pas dans la vessie. Je ne suis pas plus heureux avec des bougies fines.

Sa femme mandée aussitôt nous apprend qu'il y a neuf ans, dans un cabaret, il est tombé à cheval sur l'angle d'une table ; qu'il en est résulté une lésion inférieure qui s'est traduite immédiatement par une hémorrhagie du canal, et plus tard, par une difficulté d'uriner. Il ne le faisait, surtout dans les derniers temps qu'à force d'efforts et en mettant un certain temps. Pendant une de ses périodes d'instruction le médecin militaire avait diagnostiqué un rétrécissement et avait voulu l'opérer, mais il s'y était refusé. Tout s'explique dès lors; nous avons affaire à un rétrécissement traumatique de l'urèthre ayant entraîné une rétention d'urine d'abord partielle, puis totale; et les troubles intellectuels sont causés selon toute probabilité par une auto-intoxication urinaire. Un traitement est institué en conséquence. L'urine examinée ne contient ni albumine ni sucre.

10 *Décembre*. — Le malade urine de temps en temps spontanément, mais sans vider sa vessie même à moitié. Le reste du temps il urine par regorgement. Subagitation ; délire bizarre, s'imagine que son bain est plein de microbes, qu'on adultère ses aliments ;

que l'huile de ricin qu'on lui donne n'est pas de l'huile de ricin. Se lève la nuit ; se met nu, dit qu'il a trop chaud. Egaré, air hébété, pupilles contractées.

21 *décembre.* — Depuis hier la rétention est presque absolue. Cathétérisme impossible ; la vessie dépasse l'ombilic. Langue sale au centre, rouge sur les bords ; soif intense, fièvre ; il maigrit, prend un teint jaune et refuse les aliments. T. s. 38°,8. — Lait, laxatifs, onctions belladonées.

22 *décembre.* — T. m. 38°,1. Hier la purgation a bien fait ; il a uriné ; la vessie avait sensiblement diminué de volume le soir. Ce matin, il a uriné environ 200 grammes d'une urine rouge, sédimenteuse, mais la vessie n'en arrive pas moins à l'ombilic. — Pâle, calme, un peu moins abruti, dit qu'il a de grands frissons qui le secouent et puis après qu'une chaleur le brûle partout; demande qu'on le guérisse ; qu'on fasse tout son possible; ne semble pas trop mal. Lait, scammonée. T. s. 39°,1.

23 *décembre.* — T. m. 39°,1. — Langue épaisse, blanche; vessie pleine. On réussit à passer une bougie filiforme.

Aussitôt après il a besoin et vide le quart de sa vessie ; ensuite impossible de passer. Il s'est agité cette nuit; il veut s'en aller, veut qu'on retourne une des manches de sa chemise sans savoir pourquoi; mussitation; ne comprend pas pourquoi on lui met le thermomètre, etc. Urine rouge, épaisse, odeur ammoniacale, sans albumine. T. s. 37°,8.

24 *décembre.* — T. m. 37°,5. — Langue meilleure, nuit calme, urine un peu avec de grands efforts.

25 *décembre.* — Hier soir, violent accès de fièvre. T. 40°,7. Pas de délire. Ce matin, T. 37°,8. Demande à manger. Langue bonne. T. s. 37°,5.

26 *décembre.* — T. m. 38°,2. Langue bonne, calme. T. s. 38°,5.

27 *décembre.* — T. m. 38°,4. Il a vomi ce matin. Ponction capillaire de la vessie avec l'appareil Dieulafoy. On retire 540 grammes d'urine ; à ce moment le malade se débat tellement qu'il faut suspendre l'opération. Il souffre, crie, dit qu'on veut lui faire du mal. Il ne sait où il est, veut descendre, mais sans savoir où aller. Obtusion mentale profonde. T. s. 38°,1. Je me décide à tenter l'opération de l'uréthrotomie interne et pour préparer le malade je lui prescris le sulfate de quinine à la dose de 0,75.

28 *décembre.* — T. m. 37°,2. Nuit calme; il urine, mais la vessie est toujours distendue. Sulfate de quinine, 0,75. T. s. 38°.

29 *décembre.* — T. m. 36°,9. Persistance de l'obtusion mentale ; dit qu'on ne lui donne pas à manger alors qu'il vient de prendre des aliments ; à d'autres moments, les refuse. T. s. 37°. Depuis la ponction, la vessie a repris un peu de son élasticité et il urine mieux.

30 *décembre*. — T. m. 36°,9. A trois heures du soir l'opération de l'uréthrotomie interne est faite avec succès. Le malade se montre inquiet, se demande ce qu'on veut faire; à propos de la sonde à demeure qu'on lui passe, il fait des réflexions bizarres. « Je ne veux pas rester avec un robinet comme ça. » Le collodion destiné à le fixer lui rappelle des souvenirs; « ce que vous me mettez là, c'est comme ce qu'on m'avait donné pour mes verrues. » — Pas d'albumine dans l'urine.

31 *décembre*. — Hier soir, T. 39°,3. A déliré d'une façon incompréhensible. Ce matin, T. 37°,4. Calme, toujours déprimé, refuse de prendre des aliments; dit qu'il sera mort demain, qu'il est *bouché par tous les bouts*. Teint bon. Pas de fièvre. T. s. 37°,3.

1er *janvier* 1894. — T. m. 37°. Il a déliré jusqu'à deux heures du matin; mussitation. On enlève la sonde à demeure. Il refuse la nourriture; cinq minutes après il demande : « Est-ce qu'on ne va pas me donner à manger bientôt? » Pouls petit, serré à 100, rougeurs foncées à la face. T. s. 37°.

2 *janvier*. — T. m. 36°,9. Bien; moins délirant.

3 *janvier*. — Les urines sont épaisses, ammoniacales, filantes; cystite. T. m. 37°,4. Terpine, 1 gramme. T. s. 37°,3.

4 *janvier*. — Urines plus claires. Le malade urine au lit la nuit. Mange mieux.

5 *janvier*. — Un peu de fièvre hier soir. T. s. 38°,6. Ce matin, T. m. 38°. Sulfate de quinine. Pas de délire, très calme. Urines très claires. T. s. 37°.3.

5 *janvier*. — T. m. 36°,7. Mange mieux.

7 *janvier*. — T. s. 37°. T. m. 36°,8. Mieux, tout à fait calme, retient son urine, ne délire pas. A très bien mangé.

8 *janvier*. T. m. 37°,2.

9 *janvier*. — T. s. 37°,5. T. m. 37°,2. Obtusion de la mémoire. Calme, non délirant, un peu obtus.

15 *janvier*. — T. m. 37°,5. Des essais de dilatation sont suspendus à cause du retour de la fièvre et des urines purulentes.

5 *février*. — Légère amélioration mentale; moins hébété, s'occupe un peu du ménage, mais persistance de la cystite. Lavages avec l'eau boriquée.

26 *février*. — Depuis quelques jours, l'amélioration s'accentue nettement; le malade a l'air plus éveillé, parle de sa famille, s'inquiète de ce que deviennent sa femme et son fils. Il s'occupe un peu au ménage, et aide l'infirmier qui est malade. Les urines ne sont plus purulentes ni filantes. Depuis trois jours on a suspendu les lavages d'eau boriquée.

27 *février*. — Un examen très attentif de l'état mental révèle encore quelques idées de persécution et quelques hallucinations

de l'ouïe. Après avoir longuement parlé de sa maladie, disant que la boisson n'y était pour rien, parce qu'à son idée il ne faisait pas d'excès, que même depuis quelque temps il avait un dégoût pour le vin, que ça l'avait pris tout d'un coup après deux nuits et trois jours d'un voyage, qu'il avait le ventre gonflé et ne mangeait pas, il se met à nous dire que ce qu'on lui donne ici n'est pas du vin, que ça n'a pas le goût de raisin, qu'on lui reproche d'avoir chez lui les outils d'un autre, qu'on le dit de tous côtés, etc. Urines absolument claires et normales.

10 *mars.* — Mieux, plus éveillé, mais n'a qu'un souvenir confus de sa maladie et est disposé à croire que tout ce qu'on lui a fait l'a rendu plus malade qu'avant; il prétend uriner moins bien qu'avant, etc. Idées vagues de persécution.

1er *avril.* — Depuis trois semaines il va au travail et ne délire plus. Il reste néanmoins chez lui un certain degré de paresse intellectuelle.

Cette longue observation peut, en définitive, se résumer de la façon suivante : un individu robuste, mais non exempt de prédisposition aux accidents nerveux et cérébraux, tombe sur l'angle d'une table, et se fait une rupture de l'urèthre, point de départ d'un rétrécissement progressif. Neuf ans après, cet homme, qui est adonné aux excès alcooliques, commence à subir les conséquences de son rétrécissement et à ne plus pouvoir vider complètement sa vessie; entre temps il fait une chute sur la tête qui, bien qu'elle n'ait eu aucune gravité chirurgicalement, a pu produire un certain ébranlement nerveux; des causes déprimantes d'ordre physique viennent s'ajouter aux précédentes; bref, après quelques jours de malaise, un délire violent éclate; la rétention d'urine devient complète; le trouble mental et l'état général s'aggravent jusqu'à ce que l'opération de l'uréthrotomie interne vienne supprimer l'obstacle qui s'opposait à l'excrétion de l'urine. A partir de ce moment l'empoisonnement cesse, le délire s'atténue progressivement et le malade revient lentement à la santé.

Des diverses causes auxquelles on peut attribuer légitimement la production de cette maladie mentale, deux prédominent sans contestation possible: l'alcoolisme et l'empoisonnement urinaire. Mais l'alcoolisme ne vient lui-même qu'en seconde ligne, car c'est au moment où le malade, grand buveur autrefois, était devenu d'une sobriété relative, que sous l'influence d'un facteur nouveau, l'urémie, la folie éclate avec intensité.

Mais avant d'aller plus loin dans les considérations qui découlent de ce cas clinique, que nous qualifions de folie urémique, il faut démontrer l'existence de l'urémie elle-même. Le premier accès de délire ayant été incomplètement observé, ne nous fournit aucune preuve à cet égard; mais le second, qui n'a d'ailleurs été séparé du premier que par quelques jours d'un calme trompeur et d'une lucidité imparfaite, puisqu'il subsistait une certaine hébétude mentale à la sortie du malade, nous en fournit plusieurs d'irréfutables : dès le début, un *œdème* des membres inférieurs remontant jusqu'à l'abdomen, puis dans le cours de l'accès, les troubles gastriques permanents et caractéristiques, le teint spécial, les vomissements et la fièvre. Les reins ont-ils été touchés? Cela est possible. Cependant l'albumine a constamment fait défaut dans l'urine examinée à de nombreuses reprises; mais ce signe manque souvent dans le cours des néphrites, ce qui nous laisse dans le doute au sujet de l'existence de cette complication.

Maintenant, pourquoi le diagnostic de folie urémique et non celui de folie alcoolique porté avant l'admission du malade à l'asile? Voici les raisons qui nous font pencher pour la première alternative.

Dans sa première phase, la maladie revêt la forme des délires toxiques; c'est la confusion mentale avec hallucinations panophobiques. Le malade semble plongé dans un cauchemar qui tantôt le pousse aux fugues automatiques, tantôt le pétrifie dans une sorte d'immobilité cataleptiforme. On pourrait peut-être contester qu'à ce moment l'urémie soit bien réellement en cause, le malade étant en outre alcoolique, et le délire alcoolique étant précisément le type des délires toxiques. Mais la physionomie du délire n'est pas tout à fait celle qu'on observe habituellement dans l'alcoolisme, il présente quelques nuances, quelques touches qui l'en distinguent en une certaine mesure; par exemple, ces phases cataleptiformes, déjà observées dans la folie urémique par MM. Brissaud et Lamy [1], et par moi-même dans une communication au Congrès de La Rochelle; ces rémittences et ces exarcerbations paraissant en rapport avec les irrégularités de la fonction urinaire, et enfin cette hébétude absolument spéciale, beaucoup plus profonde que celle de l'alcoolique, même en état de stupidité.

[1] Brissaud et Lamy. — *Attaques cataleptiques chez un brightique délirant* (*Gazette hebd. de méd. et de chir.*, 3 août 1890).

Et si je reviens de nouveau sur cette hébétude à propos de laquelle j'ai déjà insisté dans ma communication précédente, c'est qu'elle est un des signes les plus constants de l'urémie, un de ceux que les anciens auteurs se plaisaient plus particulièrement à mettre en relief, et à laquelle les modernes qui ont fait une étude spéciale de la folie rénale ne semblent pas attacher une importance suffisante, à mon avis. « Il est impossible, dit Lasègue, de méconnaître un ensemble de caractères propres aux albuminuriques et qui se manifestent déjà par l'expression du visage, la démarche, l'absence de préoccupations, et *surtout de réactions intellectuelles*[1]. » Et le même auteur, étudiant les accidents cérébraux du mal de Bright, met en première ligne des variétés de ces troubles, l'attaque plus ou moins soudaine de stupeur qui peut être passagère, intermittente, et qui, dans ce dernier cas, se termine par la mort.

Un autre argument en faveur du diagnostic de folie urémique, c'est la rechute survenue peu de temps après la sortie et sans que la malade ait fait le moindre abus nouveau de boisson.

Ce n'est pas que je veuille dénier tout rôle à l'alcoolisme dans la pathogénie de ce délire, bien au contraire. L'urémie n'apparaît pas fatalement comme résultat d'une affection rénale ou d'un obstacle des voies urinaires; il lui faut, en général, à côté de la cause principale, une cause occasionnelle; et, dans le cas actuel, il me semble de toute évidence que sans l'intoxication alcoolique qui a altéré progressivement la nutrition et sapé peu à peu la résistance du système nerveux, la gêne des fonctions urinaires eût pu se prolonger longtemps encore sans entraîner des complications urémiques. Ces dernières proviennent d'une rétention d'urine prolongée, due non pas tant au rétrécissement, qui n'était pas infranchissable, qu'au spasme du col de la vessie et de la portion membraneuse de l'urèthre, phénomènes essentiellement nerveux dans la genèse desquels l'intoxication alcoolique a joué sans doute le principal rôle. Mais une fois la rétention d'urine constituée, c'est à l'empoisonnement urineux qu'il convient, à mon sens, d'imputer les nouveaux accidents nerveux produits, c'est-à-dire la folie.

[1] Lasègue. — *Des accidents cérébraux qui surviennent dans le cours de la maladie de Bright* (*Etudes médicales*, t. II).

Cette interprétation des faits est d'ailleurs conforme à l'expérience. On a observé que l'apparition des accidents urémiques était parfois imputable à l'administration intempestive d'une substance médicamenteuse, c'est-à-dire d'un poison ; il est donc admissible que l'alcool ait une action de ce genre. Tout ce qui augmente la toxicité du sang augmente, par là même, la toxicité des urines ; or, l'alcool est un poison et de plus par son action délétère sur le foie, il entrave et supprime même les fonctions dépuratives de cet organe. Ne s'est-on pas demandé, d'ailleurs, si le délire alcoolique n'était pas tout simplement un délire urémique [1]?

Sans aller aussi loin, on peut encore admettre, si l'on veut, que l'alcoolisme a pu concurremment avec l'urémie contribuer à faire éclore le délire. On serait ainsi en présence d'un cas mixte, d'une folie alcoolico-urémique. En 1852, Lasègue invoquait déjà l'alcool comme cause possible des troubles psychiques dans l'urémie, et si cette opinion n'est pas justifiée d'une manière absolue, elle n'en comporte pas moins, dans certains cas, une certaine part de vérité. Cependant cette interprétation éclectique me semble moins satisfaisante que la première.

Nous voyons tous les jours l'alcoolisme produire deux ordres de troubles mentaux : ceux qui relèvent exclusivement de l'intoxication, et ceux qui sont le résultat d'une prédisposition vésanique mise en mouvement par des doses d'alcool trop faibles pour provoquer les accidents spécifiques. D'une part, on a le *delirium tremens* et ses variétés, de l'autre des formes quelconques d'aliénation nées à l'occasion d'excès alcooliques. Pareille distinction est admise pour les troubles mentaux d'origine urémique. Il existe des cas de délire urémique pur et des cas de folie de tout genre éclos chez des prédisposés à propos de l'urémie. Mais la clinique ne s'accommode pas toujours de ces distinctions d'ailleurs légitimes en théorie, et on peut voir une folie urémique de forme banale se compliquer de délire toxique ou un délire urémique pur se transformer peu à peu en vésanie.

C'est un peu ce qui s'est passé chez notre malade. L'affection mentale ne s'est pas bornée à un accès passager de délire plus ou moins aigu ; elle a évolué nettement dans le sens d'une confusion mentale à forme mélancolique avec idées délirantes

[1] Spigaglia. — *De la folie urémique ou folie rénale* (Genève, 1891).

d'hypocondrie et de persécution. La suppression de l'obstacle qui entretenait l'empoisonnement urémique n'a pas suffi à faire disparaître le délire; et bien que l'uréthrotomie ait été suivie d'une amélioration presque immédiate, le malade, trois mois après, présentait encore quelques traces de la maladie; un peu d'hébétude et de tendance aux idées de persécution. Et même au moment où je rédige cette note, il ne peut être considéré comme absolument guéri, si par guérison il faut exclusivement entendre un retour complet à l'état antérieur à la maladie, car le malade me paraît manifestement diminué au point de vue mental, et rien ne prouve qu'il reprenne jamais complètement l'énergie primitive de ses facultés intellectuelles.

PSYCHOLOGIE

LA PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE EN AMÉRIQUE.

LE LABORATOIRE ET LES COURS DE CLARK UNIVERSITY A WORCESTER;

Par Marcel BAUDOUIN,
Chargé de mission aux États-Unis et à l'Exposition de Chicago.

M. H. de Varigny vient de publier, dans la *Revue scientifique*[1], la description du laboratoire de psychologie expérimentale de l'Université de Madison. Il ne l'a pas visité sur place, à Madison (Wisconsin), ville située au nord de Chicago et dans laquelle nous n'avons pas cru devoir nous arrêter nous-même (l'Université de Wisconsin n'ayant qu'une école préparatoire aux études médicales et la ville ne possédant pas d'autres facultés de médecine), et s'est contenté de décrire l'exposition de ce laboratoire à l'*Anthropological Building* de la *World's Fair*.

Ayant eu l'occasion d'étudier sur les lieux mêmes, à Worcester, entre Boston et New-York, un autre laboratoire de psychologie expérimentale dont M. H. de Varigny cite à peine

[1] H. de Varigny. — *Le laboratoire de psychologie expérimentale de l'Université de Madison;* in *Rev. Scient.*, 19 mai 1894.

le nom, celui de *Clark University*, je crois utile, en raison de l'importance qu'a désormais acquise cet institut et de la grande renommée de son chef, d'en donner un bref aperçu. Je m'empresse d'ajouter que je souscris d'ailleurs à l'avance à toutes les remarques de mon éminent confrère et que, loin de vouloir critiquer les réflexions qui accompagnent son intéressante description, je n'ai qu'un but, celui de la compléter en faisant

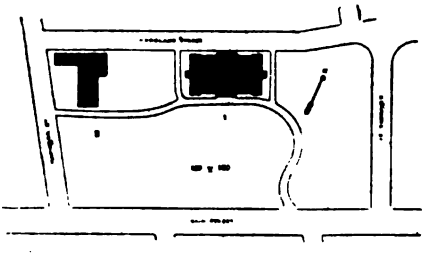


Fig. 1. — Plan des bâtiments, actuellement construits, de *Clark University* à Worcester.

1, Laboratoire de psychologie expérimentale ; — 2, Laboratoire de chimie.

connaître ce que j'ai vu dans une jeune université, presque complètement ignorée dans notre pays jusqu'à ces derniers temps [1].

Il y a quelques années, Clark University n'existait pas ; et déjà la voilà florissante. C'est que les universités, en Amérique, naissent et croissent comme des villes [2]....

Clark University est un établissement [3] qui par ses tendances représente assez bien une université telle que nous la comprenons en France ; mais il n'y a, pour l'instant, que deux facultés : celle des sciences et celle des lettres. En réalité, elle comprend aujourd'hui cinq départements, comme on dit en

[1] Comme M. de Varigny, j'ai vu Harward University ; et, comme lui, je n'ai pas eu l'occasion de visiter le laboratoire de psychologie expérimentale que dirige M. le Dr Hugo Münsterberg. Je le crois un peu plus important que celui de Clark University.

[2] Une seule preuve : quatre de ces institutions, et des plus importantes, viennent d'être fondées en cinq ans : Clark à Worcester, l'Université catholique à Washington, l'Université Stanford à San Francisco, une merveille, et enfin celle de Chicago, toujours en voie de construction.

[3] Naturellement, c'est une institution absolument privée ; elle a été ndé par M. Jonas-J. Clark.

Amérique : 1° mathématiques; 2° physique; 3° chimie; 4° biologie; 5° psychologie. (Il n'y a actuellement ni faculté de théologie, ni faculté de droit, ni faculté ou école de médecine et de pharmacie.)

Le *campus* de l'université est à une certaine distance, à environ un mille et demi, du centre de la cité, au nord de Main Street (*fig.* 1). Deux grands bâtiments sont désormais construits, dont le plus récent est réservé à un institut chi-

Fig. 2. — Le Laboratoire de Psychologie expérimentale à *Clark University*.

mique de premier ordre. L'autre, qui comprend les parties attribuées à l'administration, renferme les magnifiques installations du laboratoire de psychologie physiologique du professeur G. Stanley Hall. On y trouve aussi des laboratoires de physique et de biologie, d'une importance moindre (*fig.* 2).

Il faut, lors d'un voyage scientifique aux États-Unis, absolument consacrer un jour, uniquement pour les départements de chimie et surtout de psychologie expérimentale de *Clark University*[1]. Ce qu'on peut y apprendre, en causant avec M. G.

[1] Les armes de cette université sont constituées par un livre ouvert, au-dessus duquel rayonne un soleil, avec ces mots : *Fiat lux*.

Stanley Hall, président de l'université et professeur de psychologie, fort au courant des travaux français, et y voir, en parcourant ces immenses salles, déjà luxueusement aménagées en appareils de précision pour l'étude des centres nerveux, vaut certainement la peine d'un arrêt entre New-Haven et Boston. C'est évidemment là un centre de haut enseignement en voie de formation, et il peut nourrir l'espoir d'atteindre un jour les hauteurs les plus élevées de la science pure.

Mais ce sont les cours de psychologie et le *laboratoire de psychologie expérimentale* que je veux étudier ici. Aussi bien le savant sera-t-il frappé de la richesse et de l'installation du laboratoire de M. Hall, de la nature des travaux originaux qui y ont été faits, des idées qui y ont cours. C'est certainement un des modèles du genre. Il serait à souhaiter que notre laboratoire de psychologie physiologique de la Sorbonne[1], qui dépend de l'École pratique des hautes Études, fût aussi abondamment pourvu en appareils variés et en moyens d'étude aussi perfectionnés.

Le Department of Psychology de *Clark University* date de 1889 et comprend l'anthropologie, la neurologie et l'éducation. Le chef de cet enseignement est M. Hall, ancien élève d'Harward University et ancien professeur de psychologie à Johns Hopkins University à Baltimore et à l'Université de Michigan à Ann Arbor. Il est assisté par plusieurs professeurs suppléants, qui se partagent les cours : les uns sont assistants; les autres fellows, instructors, docents, ou scholers, etc.

Voici d'ailleurs le programme des cours de psychologie de cet institut pour 1893 :

1° *Anatomie et physiologie du système nerveux* (cerveau, moelle et organes des sens). (Exercices de laboratoire dans une salle spéciale.) — Professeur : M. le Dr Hodge, assistant.

2° *Psychologie physiologique et expérimentale*, comprenant les réflexes, le sommeil, l'hypnotisme, l'automotisme, les tempéraments, etc. (*Laboratoire particulier* pour l'étude des phénomènes de la mémoire et de l'attention). — Professeur : M. Sanford, assistant[2].

[1] Cf. A. Binet. — *Introduction à la Psychologie expérimentale*. Alcan, 1894. — Je possède, en outre, quelques documents sur les installations de New-York, New-Haven, Ithaca, etc.; peut-être les ferai-je connaître un jour, puisque, de l'aveu de M. Binet lui-même (p. 16), on n'a rien publié en France sur ces laboratoires.

[2] Un cours de *psychologie animale et comparée* va être organisé sous peu.

3° *Psychologie morbide et anormale :* le monde des nerveux, les prodiges, les génies, le monde des dégénérés, les idiots, les criminels, les aveugles et les sourds-muets, les aliénés, les hystériques, les épileptiques. les neurasthéniques, etc.; les maladies de la personnalité, etc. (*Études cliniques à l'hôpital*, par M. Hall.) — Professeurs : MM. Donaldson et Hodge, assistants.

4° *Psychologie anthropologique:* religions, arts primitifs, études du développement des fonctions cérébrales chez les enfants et les adolescents, des phénomènes de la vieillesse, etc. (Laboratoire spécial.) — Professeurs : MM. Chamberlain, lecteur, et Boas, docent.

5° *Esthétique* et *éthique :* psychologie de la musique, de la peinture, de la littérature, des phénomènes et des lois de la motilité et de la volonté. — Professeurs : MM. Mac Donald, docent, et Gilman, instructeur.

6° *Histoire de la Psychologie* et de la philosophie, des théories scientifiques et médicales, des religions, de l'éthique, de l'éducation. (Cours fondamental.) — Professeur : M. G. Stanley Hall.

7° *Applications de la Psychologie :* pédagogie, hygiène morale et mentale, organisation des écoles, le problème de la coéducation (qui passionne tant les Américains). — Professeurs : Dr Burnham, instructeur, et M. Hall.

M. Hall comprend son rôle de professeur de psychologie d'une façon vraiment digne d'attention. Il ne se contente pas de faire enseigner à ses élèves l'anatomie et la physiologie du système nerveux; *il les conduit tous les dimanches à l'hôpital des aliénés* de la ville, leur montre des malades et leur fait toucher du doigt, sur le vivant, les différentes affections de la mémoire, de la volonté, etc. L'école de M. Ribot, de la *Revue philosophique*, n'est pas la seule, on le voit, à prendre le malade comme sujet d'observations psychologiques.

M. Sanford, le chef de laboratoire d'expériences psychologiques, est de même très connu en Amérique, où ses articles sur *The Writings of Laura Bridgman*, publiés en 1886-1887 dans l'*Overland Monthly*, ont été très remarqués. On lui doit un nouveau chronoscope.

Le neurologiste, M. Donaldson, médecin distingué, est l'auteur de travaux appréciés sur l'anatomie et la physiologie des cellules nerveuses des ganglions spinaux, sur l'anatomie du cerveau, etc.; il a étudié aussi le cerveau de Laura Bridgman, la fameuse sourde-muette-aveugle ; le sens de la température, les sensations motrices de la peau, etc.

La plupart des autres professeurs sont des hommes dont la

réputation, malgré leur jeune âge, est déjà faite de l'autre côté de l'Atlantique. D'ailleurs, M. Stanley Hall, le grand chef, a apporté un soin des plus judicieux au choix de ce personnel d'élite, qui le seconde de la façon la plus remarquable. On le voit ici, une fois de plus : Point n'est besoin du concours sur épreuves pour assurer à une jeune Université une phalange de maîtres du plus brillant avenir scientifique.

Le Laboratoire de Psychologie expérimentale comprend quatre sections : 1° le laboratoire de neurologie (2 chambres); 2° le laboratoire d'anthropologie (2 chambres); 3° le musée pédagogique, annexe des cours d'été, destinés aux professeurs d'autres écoles, qui viennent à l'université travailler pendant leurs vacances; 4° le laboratoire de psychologie expérimentale proprement dit.

Ce dernier laboratoire, le plus important, comprend quatre chambres, situées au second étage du grand bâtiment central de *Clark University* (*fig.* 2) : l'une d'elles est vaste; les autres sont de dimensions plus restreintes. La grande salle sert de laboratoire général et de salle de dépôt pour les instruments. L'une des petites est réservée aux expériences chronométriques; une autre sert d'atelier; la troisième constitue le laboratoire particulier de M. Sanford. Au troisième étage du même bâtiment, se trouve une seconde salle assez grande, utilisée plus spécialement par les expériences publiques et pour les gros instruments.

Parmi les appareils que nous avons pu reconnaître dans ces appartements, au cours de notre rapide visite, nous citerons le kinésimètre de MM. Hall et Donaldson, une création de la maison; le dynamomètre bilatéral et celui de Galton; le thermoesthésiomètre; la table de rotation d'Aubert pour l'étude du sens de la rotation; l'olfactomètre de Zwaademaker; le chronoscope de Hipp; le sonomètre; le chromatoskiomètre d'Holmgren; l'ophtalmomètre; le phacomètre de Snellen; le pseudoscope; l'horopteroscope de Donders; un télestéréoscope; l'antirhéoscope de Hall et Bowditch, instrument américain; l'appareil d'Hering, pour les contrastes simultanés; le neuromœbimètre de Bowditch (d'Harvard University); des laryngoscopes, kymographes, métronomes, etc., etc.; sans compter de nombreux instruments du ressort de l'anthropologie. On nous a soumis surtout des appareils grossiers, mais ingénieux, construits sur place par les

expérimentateurs qui travaillent dans ces laboratoires, et qui ont été imaginés dans le seul but d'élucider un point particulier de leurs recherches. On m'a montré là les pièces qui ont servi à une étude histologique des plus délicates, les transformations subies par les cellules des centres nerveux sous l'influence de causes diverses, et je n'ai pu qu'admirer la patience et l'habileté technique du jeune assistant qui a mené à bien un travail aussi complexe.

La bibliothèque psychologique de cet Institut est aussi digne de mention. On y trouve des collections rares, au moins en Europe : celles de *The Monist*, *International Journal of Ethics*, *Journal of the Society for psychical Research*, *Journal of comparative Neurology*, etc., etc.

Parmi les travaux les plus importants sortis de ces laboratoires depuis quelques années, je mentionnerai en particulier : *The psychology of time*, de M. Herbert Nichols, un des fellows de psychologie de l'université; *On the developpment of voluntary motorability*, de M. Wm L. Bryan; *The study of childern at the state normal school at Worcester*, par Harlow Russnell; *A microscopical study of changes due to functional activity in nerve celles* (1892), de M. C. F. Hodge, dont je citai à l'instant les belles préparations; *An lal oratory course in physiological Psychology*, séries d'articles de M. le Dr Sanford, parus dans l'*Am. Journ. Psych.* (vol. IV et V); et, du même auteur, *A new visual illusion*, in *Science*, 17 fév. 1893; *Illusions of memory*, in *Scribner's Magazin*, 1892, de M. Burnhads; de M. J. H. Leuba : *An instrument for demonstrating Weber's law in star magnitudes*, in *Am. Journ. Psych.; On facial vision and the pressure sense of the drum of the ear*, de M. Fletcher B. Dressler (*idem*, 1892), etc., etc.

Il s'agit donc là d'un véritable *Institut de Psychologie expérimentale,* qu'on pourrait comparer à notre Ecole d'Anthropologie de Paris, qu'une université aurait incorporée. C'est d'ailleurs *Clark University* qui publie la revue, très appréciée des hommes compétents, l'*American Journal of Psychology*, dont M. Hall est le fondateur (1887) et le rédacteur en chef, et qu'a signalée M. H. de Varigny. M. Hall dirige encore *The Pedagogical Seminary*, importante revue consacrée aux questions pédagogiques depuis 1891.

Les élèves, suivant ces cours de hautes études, étaient en 1892 au nombre de 18 seulement; ils les fréquentent trois ans

et deviennent ultérieurement des professeurs spécialisés, très recherchés par les divers collèges.

Je suis convaincu que ces quelques remarques sur *Clark University*, sur ses cours et ses laboratoires de psychologie, suffiront à montrer quelle impulsion un professeur de talent peut donner à une institution[1], quels résultats un homme de grande énergie peut atteindre, quand, soutenu par des donateurs généreux, il est simplement guidé dans son entreprise par l'amour de la science et des idées personnelles, toujours originales. N'est-il pas regrettable que de tels hommes ne puissent jamais dans notre pays faire ainsi preuve de leur vigueur morale, de leurs qualités d'organisateurs? Mais quel est le système qui n'a pas ses défauts... et il faut reconnaître que celui des Américains est loin d'en être dépourvu. L'idéal serait peut-être de concilier les deux procédés, celui de l'Ancien et du Nouveau Monde; mais je doute fort qu'on y parvienne jamais chez nous.

HISTOIRE ET CRITIQUE

BARBE BUVÉE

EN RELIGION, SŒUR DE SAINTE-COLOMBE ET LA PRÉTENDUE POSSESSION DES URSULINES D'AUXONNE (1658-1663).

(Étude historique et médicale, d'après des manuscrits de la Bibliothèque nationale et des Archives de l'ancienne province de Bourgogne.)

Par le Dr SAMUEL GARNIER,
Médecin en chef, Directeur de l'Asile de Dijon.

V. — L'Information du commissaire Legoux fut absolument étendue et complète, puisqu'il entendit jusqu'à soixante-dix-sept témoins. Son objectif était de dégager la vérité de ce

[1] La première réunion de l'*American Psychological Association* a eu lieu à Clark University, de même que, en 1892, la réunion annuelle de l'*Association des directeurs d'asiles d'aliénés*.

qu'il soupçonnait, et, pour cela, il s'enquit soigneusement de tout ce qui concernait Barbe Buvée. Ses investigations s'étendirent à tout ce qui avait pu donner crédit à l'accusation de magie, de sortilège et d'infanticide. Il n'eut garde d'oublier que l'éloignement du monastère du prêtre Nouvelet avait été causé par les tentations charnelles qu'éprouvaient pour lui huit religieuses, et en scrutant la conduite de cet ecclésiastique avec ces religieuses, afin de découvrir si les tentations précitées n'avaient pas eu de suites fâcheuses, il fut aussi appelé à examiner la conduite des autres exorcistes. Il arriva ainsi à établir les preuves testimoniales d'un complot fait pour perdre Barbe Buvée, de la supposition certaine contre elle des crimes d'infanticide, de magie et de sortilège, et du mensonge de la possession des religieuses. La conduite des exorcistes ressortait de tout cela d'autant plus suspecte qu'il découvrit en outre des indices de la grossesse de sœur Marguerite Jamain et des présomptions contre d'autres.

Les déclarations des religieuses prétendues possédées et des autres concernant la magie, le sortilège, les actes lubriques et les prétendus accouchements imputés à sœur Buvée, soigneusement recueillies par le commissaire déjà muni des procès-verbaux de l'official à cet égard, furent trop importantes pour qu'il ne soit pas indispensable d'en donner dès maintenant une analyse aussi courte que possible, tout en étant complète. En montrant en outre, à l'aide de faits tirés de la procédure de M. Legoux, combien il y eut de supercherie et de mensonge, du côté des prétendues possédées et des exorcistes, nous justifierons ainsi amplement les convictions qui inspirèrent au Parlement la sentence rendue dans cette affaire, et les conclusions médicales elles-mêmes de cette époque.

La première déposition fut celle de Marie Borthon, qui se crut possédée dès 1658. Elle raconta que sœur Buvée devait avoir commerce avec les démons puisqu'elle avait reconnu à ses yeux qu'elle-même était possédée. Puis elle ajouta que[1] « les baisers reçus de la sœur Buvée » lui causèrent « de grandes tentations contre la pureté pour Nouvelet » et qu'elle lui avait fait « des attouchements par dessus les jupes », ce

[1] Fonds français. Manuscrit « Preuves qui résultent, etc. » N° 18696, folio 147, Bibliothèque nationale.

qui lui persuada que ces pratiques avaient fait rentrer dans son corps les démons qui en étaient sortis.

Pierrette Boillaut déclara qu'ayant coupé des manches dans une vieille tunique de sœur Buvée pour remplacer les siennes, elle souffrit, après avoir mis ce vêtement ainsi réparé, de grandes tentations de la chair.

Marie de Laramisse déposa que sœur Buvée étant venue assez souvent, dans sa chambre, allumer sa lumière, elle fut persuadée que les maux de tête et de ventre dont elle eut à souffrir ensuite provenaient de l'influence mauvaise de cette sœur; et elle le crut d'autant mieux qu'elle ne pouvait lire son office dans son livre quand sœur Buvée avait eu occasion de s'en servir.

Gabrielle Jamain, novice, se plaignit de douleurs d'estomac et de coliques provenant de ce que la même sœur lui avait soufflé dans la bouche et mis la main sur la gorge. Elle raconta ensuite avoir vu, par une fente de la muraille, dans la pièce où sœur Buvée était détenue, celle-ci en compagnie d'un bénédictin appelé dom Claude; mais ne put décrire le vêtement de ce dernier, à l'exception de son scapulaire gris brun.

Charlotte Joly, professe depuis une dizaine d'années, déclara que, depuis cette époque, elle était tourmentée de visions[1] « de spectres, de lions, de bestes affreuses qui avoient de longues queues », et que, depuis la même date, il lui venait des pensées de désespoir contre la religion, le Saint-Sacrement; elle dit aussi qu'en 1660, étant en compagnie des sœurs Borthon et de Malo, vers six heures du soir, elle vit la sœur Buvée en même temps dans deux endroits différents, et dans l'un, le diable Asmodée en forme de singe en feu (cette déposition ne fut pas confirmée par les deux autres témoins qu'elle citait). Elle ajouta qu'elle avait aperçu sœur Buvée et sœur Gabrielle de Malo[2] « se baiser la langue à la bouche » et mentionna, devant l'official qui leva tous ses scrupules, qu'elle les vit, la main sous leur jupe, se faisant des attouchements réciproques; que du reste la sœur Buvée voulut la baiser et lui mettre la main sous la guimpe; qu'enfin deux prêtres apostats de Genève heurtèrent un jour la fenêtre de cette sœur et décrivit le costume de l'un d'eux.

[1] Manuscrit n° 18696, *loc. cit.*, folio 148.

[2] Id., *loc. cit.*, folio 149.

Sœur Marguerite Jamain imputa à sœur Buvée les tentations d'impureté, de désespoir et d'impiété dont elle se disait assiégée, et prétendit avoir souffert plus de cinquante fois[1] « les accouplements des démons et des sorciers; qu'ils se sont servis, pour la violer, de bâtons, de linge », et qu'en ayant trouvé dans son lit, elle les a jetés au feu. Elle affirma que sœur Buvée lui avait fait de sales attouchements, l'avait sollicitée de se faire sorcière, en lui disant que, bien qu'elle fût elle-même la reine du sabbat, elle se soumettrait à elle; que le diable Asmodée prit une fois, dans le chœur, la forme de sœur Sainte-Colombe, et que celle-ci l'obligea d'appeler Asmodée en ces termes : « Viens, mon cœur; viens, mon amour; tu es ce que j'aime le mieux[2]. » Elle dit en outre qu'étant au chœur, elle avait vu une fois la même sœur Colombe qui communiait retirer de sa bouche l'hostie pour la mettre dans son mouchoir; que l'ayant suivie, quand elle fut rentrée dans sa chambre, elle l'entendit raconter à un homme qu'elle venait de prendre le Saint-Sacrement pour causer des peines d'impureté dans le couvent, et enfin que, dans la nuit qui suivit, sœur Buvée lui apparut[3], « tenant d'une main l'hostie » dérobée le matin « sur laquelle il lui sembla voir d'un côté la partye honteuse d'un homme », et de l'autre un crucifix dont le Christ portait « un des bastons desquels les sorciers et les démons se servoient pour commettre sur elle des actions impures », ce qui lui fit pousser d'horribles blasphèmes. Elle ajouta que, lorsqu'elle communiait elle-même, ayant en sa possession des images pieuses ayant appartenu à sœur Buvée, elle s'imaginait que Notre-Seigneur prenait la forme d'un homme[4] « pour commettre sur elle des actions impures et qu'à l'instant elle les ressentait »: que les deux prêtres apostats qui apparaissaient dans le couvent[5] « luy ont mis des hosties consacrées dans les partyes » et s'accusa elle-même d'avoir brûlé des crucifix, des images et proféré des blasphèmes contre Dieu et la Vierge.

Sur les observations de M. Legoux, qui s'était d'abord refusé à insérer tout ce qu'elle avait dit, en l'invitant à l'écrire

[1] Manuscrit n° 18696, *loc. cit.*, folio 149.
[2] Id., *loc. cit.*, folio 150.
[3] Id., *loc. cit.*, folio 150.
[4] Id., *loc. cit.*, folio 150.
[5] Id., *loc. cit.*, folio 150.

elle-même, sœur Jamain répliqua avec colère qu'il fallait rédiger toutes ses déclarations, qu'elle ferait ses plaintes, s'il en était autrement, de ce qu'il avait cherché à l'intimider, car il était nécessaire que tout cela fût connu.

Sœur Françoise Borthon, dite de la Trinité, professe, déposa qu'ayant dérobé quelques images de piété à sœur Buvée, elle ressentit aussitôt des tentations violentes contre la foi et la religion et se mit à proférer des blasphèmes. Elle raconta également qu'un jour, dont elle ne put préciser la date, le diable Asmodée lui apparut sous forme d'un homme de cour, aux cheveux blonds et bouclés, vêtu de drap noir de Hollande, qui la viola sous la galerie, et dit en riant qu'on peut vérifier qu'elle est déflorée. Puis elle continua sa déposition en assurant qu'une nuit, dont la date lui échappait, sœur Buvée s'était montrée à elle accompagnée de deux prêtres apostats, César Auguste et Macaire, et lui avait dit : « Tu es enceinte, il faut te délivrer pour sauver ton honneur; » qu'aussitôt la même sœur lui avait mis « [1] la main dans les partyes, les lui ouvroit de force et luy fit rendre quantité de sang clair et en caillotz ». Elle déclara en outre que souvent elle sentait quelque chose qu'on lui mettait « dans les partyes comme un fer chaud »; que dans les agitations de l'exorcisme les boyaux lui sortaient du ventre « par les partyes », mais que son exorciste duquel elle expérimentait « tous les jours les secours, les rétablissait en un moment »; qu'elle n'a fait ses plaintes qu'au sieur Bretin, son exorciste, « de ce que la sœur Buvée lui avoit déchiré les partyes honteuses, et ne les avoit faict voir ny au chirurgien, ny à l'apothicaire, parce qu'elle a creu que son mal provenoit d'une cause extraordinaire, l'exorciste seul pouvant le guérir »; qu'enfin la sœur Colombe la fit asseoir une fois sur ses genoux et lui mit [2] « son doigt dans les partyes comme un homme aurait faict ».

Humberte Borthon, dite de Saint-François, sœur de la précédente et encore novice, raconta qu'un jour, dans une chambre de la communauté, un sorcier nommé Poitrin se présenta à elle et que, sur un signe fait à ce sorcier par sœur Buvée qui était présente, elle tomba [3] « comme pasmée » pour demeurer en cet état « depuis dix heures jusqu'à mi-

[1] Manuscrit n° 18696, *loc. cit.*, folio 152.
[2] Id., *loc. cit.*, folio 152.
[3] Id., *loc. cit.*, folio 152.

nuit; » que pendant ce temps, il lui sembla « avoir esté transportée en enfer » où elle vit tourmenter des âmes par des choses affreuses « [1] des lions, des ours, des chiens et autres semblables ». Elle dit également que les démons « l'avaient violée avec des boyaux »; que sœur Buvée lui avait mis « un serpent dans les partyes », lui avait déchiré « la matrice », ce dont son exorciste Denizot l'avait guérie et qu'elle l'avait « baisée » et s'était « mise sur elle comme un homme sur une femme. Elle déclara qu'elle souffrait lorsqu'elle avait des images appartenant à sœur Buvée, des tentations d'impureté pour cette sœur; que celle-ci lui ayant touché la mâchoire, attacha ainsi à sa personne le démon Herpha de la compagnie de Mélifa; que dom Claude, bénédictin, lui mit la main sur la langue pour l'empêcher de faire des plaintes à la supérieure; que sœur Buvée lui proposa un jour le mariage avec un prêtre apostat, et que, sur son refus, la même sœur lui fit des menaces à la suite desquelles elles ressentit à l'estomac, où les diables s'étaient sans doute retirés sur l'ordre de sœur Buvée, des douleurs vives que son exorciste Bretin réussit à calmer en y mettant la main.

Sœur Gabrielle de Malo rapporta de son côté avoir entendu heurter aux fenêtres de sœur Buvée pendant la nuit et celle-ci répondre : « passez par la cheminée, » mais qu'elle ne vit personne; que cette sœur la sollicita un jour de se faire sorcière et empêcha une fois, en lui touchant les lèvres, l'effet d'une médecine, jusqu'à ce que son exorciste appelé eût détruit ce maléfice. Elle confessa avoir eu des tentations de désespoir, avoir brûlé des images, voulu se jeter dans un puits, et avoir souffert, du fait des sorciers et des démons, des choses que la pudeur lui empêchait de spécifier, comme par exemple d'avoir vu, lorsqu'elle communiait des représentations déshonnêtes.

Sœur Jeanne de Malo raconta à son tour que sœur Buvée lui avait soufflé dans la bouche pour lui faire des incantations; qu'après être rentrée en possession d'un reliquaire prêté à la même sœur, elle fut tentée de se faire sorcière; que les démons lui ont dévoilé qu'en 1635, sœur Buvée s'était fait recevoir sorcière à un sabbat où Asmodée tenait la place de Lucifer, que la réalité du Saint-Sacrement n'était qu'un conte, et que sœur Buvée ne tomberait pas sous le bras

[1] Manuscrit 18696 B.N, *loc. cit.*

séculier. Elle reconnut avoir eu des pensées d'impureté, comne par exemple que la Vierge n'était qu'une femme qui avait fait un enfant qu'elle aurait ensuite étouffé. Elle affirma aussi que les démons s'étaient servi de boyaux pour commettre sur elle des actions impures, lui avaient fait des attouchements et souffrir des choses que la pudeur lui empêche de dire; que lorsqu'elle communiait à proximité de sœur Buvée, elle ne pouvait consommer les saintes espèces ou croyait voir « [1] un spectre impur d'homme et un de femme qui commettoient des actions déshonnêtes »; qu'enfin elle a vu sœur Buvée faire sur elle « des regards et des attouchements impurs », sans pouvoir en indiquer la date; que le père Macaire a été envoyé pour lui causer des peines d'impureté et des doutes qu'elle ne peut exprimer, contre la foi et le Saint-Sacrement.

Anne Piron déclara que les démons lui avaient suggéré que sœur Buvée était la cause des maux du monastère, que les mêmes démons et les sorciers lui avaient fait souffrir des choses que la pudeur l'empêche de dévoiler; que sœur Buvée a voulu la baiser et mettre la main sous sa guimpe.

Lazare Arnier fit au sujet de Barbe Buvée les mêmes déclations, puis elle ajouta que trois jours avant la procession, le jour de Saint-Simon et de Saint-Jude, elle savait que sœur Buvée serait accusé de magie et de sortilège. Elle se reconnut de plus coupable d'avoir proféré des blasphèmes contre Dieu, d'avoir chanté des chansons contre la Passion, dit que saint Joseph n'était qu'un charpentier, que la sainte Vierge était une femme comme une autre ayant eu deux enfants, dont l'un, celui qui avait été crucifié, n'était pas le fils de Dieu, afin, disait-elle, de décharger sa conscience, ajoutant qu'elle avait aussi brûlé des images de la Vierge, l'ayant crue sorcière, et prenant Jésus-Christ son fils pour le grand sorcier du Sabbat.

Sœur Jeanne Jurain déposa que sœur Buvée, depuis son retour de Flavigny, n'était plus la même, répondant avec peu de respect aux supérieurs, et plusieurs religieuses affirmèrent qu'elle ne faisait pas les génuflexions imposées par la règle, qu'elle s'abstenait souvent de chanter au chœur, et, qu'aux récréations elle pinçait ses compagnes par-dessus la jupe.

[1] Manuscrit n° 18696, *loc. cit.*, folio 154. Bibliothèque nationale.

Henriette Cousin se plaignit qu'en déchargeant un jour du foin, sœur Buvée la fit tomber, la baisa et qu'elle sentit sa main proche de son genou. Elle prétendit en outre qu'un jour où elle était alitée à l'infirmerie, la même sœur lui mit la main sur la gorge et la baisa; que protestant contre un tel acte, sœur Buvée répondit alors qu'elle croyait baiser une image.

D'autres religieuses firent grief à Barbe Buvée, devant le commissaire, de ne pas employer un temps suffisant pour sa préparation à la communion ou pour ses actions de grâces. et d'avoir été communier après avoir dit un mensonge. Elles racontèrent que sœur Buvée avait avoué que son ange gardien était Trigory, tandis que c'est un diable qui possède sœur Piron.

Un témoin déposa avoir entendu dire que sœur Buvée avait écrit au curé Borthon, avec du jus d'oignon, des vers remplis de termes d'amour. Un autre déclara que Barbe Buvée avait donné une cédule au diable, signée de son sang; une autre enfin avoir entendu dire à sœur Colombe que les sorciers prenaient les hosties consacrées dans les ciboires, et les portaient au sabbat. Sœur Marguerite Jeannel, supérieure, raconta avoir reçu des plaintes de baisers et autres actions impures commises par sœur Buvée sur d'autres religieuses, mais répondit au commissaire qui lui demandait si elle avait informé les supérieurs de la maison, ou si elle avait infligé des pénitences à cette sœur, qu'elle n'avait pas cru devoir le faire parce que tout s'était passé en secret.

Bien que les accusations d'infanticide eussent été, comme nous l'avons vu, désavouées à la plaidoirie de la cause par Seuguenot, avocat du promoteur de Salin, les informations du Commissaire portèrent néanmoins sur les prétendues grossesses de Barbe Buvée; en effet les religieuses persistaient à dire qu'elle avait eu, des accouplements des sorciers et des magiciens, deux enfants qu'elle avait fait disparaître. Or, il n'y eut aucune preuve des crimes d'infanticide, ni de signes de grossesse antérieure. Du reste, on ne put jamais dire en quelle année, ni en quel mois, Barbe Buvée était accouchée. Tout se borna à des propos malveillants, émanés de servantes ou de religieuses racontant avoir entendu dire qu'elle avait fait un enfant à Flavigny, lui avoir vu le ventre et les seins volumineux, mais à des dates qui variaient entre

elles de un à quatre ans. L'une disait que voyant sœur Buvée demander des potages au lait, elle crut que c'était une envie de femme enceinte; l'autre expliqua, de son côté, qu'elle l'avait supposée enceinte, en la voyant vomir le matin avec effort. Une troisième déclara qu'ayant frictionné les jambes de sœur Buvée, elle eut l'idée qu'elle voulait ainsi se procurer « l'abord[1] ». Une quatrième fit remarquer que sœur Buvée avait demandé du linge plus souvent qu'à l'ordinaire, qu'elle marchait plus difficilement à un moment donné, que sa posture au chœur était celle d'une personne qui a le ventre gros; tous motifs pour elle de la croire enceinte, d'autant plus, qu'après une médecine, son ventre parut diminué. Une sœur infirmière raconta bien que sœur Buvée fut saignée et resta à l'infirmerie pendant quelques jours, sans pouvoir affirmer si elle eut une perte de sang; mais le chirurgien ordinaire des Ursulines, Pierre Borthon, déposa qu'il ne l'avait saignée que cinq fois pendant les neuf dernières années, et toujours avec des intervalles de sept à huit mois.

Deux autres religieuses parurent citer des faits plus significatifs en apparence : la première, Gabrielle de Malo, en déclarant avoir vu sœur Buvée tenir à la main un vase[2] « dans lequel il y avait du sang », alors qu'elle sortait de sa chambre, vers onze heures du matin; la seconde, Marguerite Jamain, en racontant qu'en hiver, à quatre heures du matin, étant allée à l'oraison et se promenant dans le jardin pour prendre l'air, elle avait aperçu du parterre où elle était, sœur Buvée ouvrir la fenêtre de sa chambre et verser un vase[3] « rempli de sang dans lequel il y avait une peau qui s'attacha à la muraille ». Mais outre que ces deux dépositions n'avaient point de conformité entre elles, l'une parlant de onze heures, l'autre de quatre heures, et sœur Buvée sortant ici de sa chambre le vase à la main, tandis que là elle le versait par la fenêtre, on s'expliqua difficilement comment sœur Colombe pouvait se trouver dans sa chambre et non pas à l'oraison puisqu'elle n'était pas malade, et en outre, la possibilité de distinguer du sang à quatre heures du matin en hiver, à la distance indiquée.

La même Marguerite Jamain répéta devant le Commissaire

[1] Synonyme d'avortement.

[2] Manuscrit 18696, *loc. cit.*, folio 143.

[3] Id., *loc. cit*, folio 143.

le récit qu'elle avait fait devant l'official, de l'accouchement de sœur Colombe auquel elle disait avoir assisté pendant le carême de 1660, alors qu'elle couchait dans une chambre de communauté avec quatre autres sœurs, sous la surveillance de sœur Julienne Surmain. Elle avait déclaré à l'official avoir vu sœur Buvée descendre par la cheminée avec deux prêtres apostats vêtus, l'un d'une soutane de camelot de Hollande, l'autre d'un surplis et d'un bonnet carré, et quelques femmes qui l'accompagnaient, puis s'asseoir près du feu de la cheminée pour y accoucher d'un enfant qui fut reçu par l'un des prêtres. Elle avait prétendu que l'autre prêtre, s'étant approché de son propre lit, avoir voulu l'obliger à recevoir ce nouveau-né, ce qu'elle avait refusé de peur qu'on ne crût qu'il était à elle ; qu'alors sœur Colombe l'avait menacée de l'en faire repentir et de lui faire souffrir les douleurs de l'enfantement ; qu'aussitôt elle avait été prise de coliques et d'une perte sanguine de trois quarts d'heure ; que s'étant levée, elle avait trouvé dans son lit une pièce de chair ou de sang caillé, gros comme le poing, qu'elle avait jeté dans le feu, sans le faire voir à ses compagnes, et en l'absence de sœur Surmain qui s'était rendue à matines.

Dans sa version devant le Commissaire, Marguerite Jamain introduisit des variantes très suggestives. Au prêtre apostat du premier récit, elle substitua un dom Claude, bénédictin, par un ressentiment évident de ce que le P. Joseph, bénédictin, qui l'avait exorcisée, avait déclaré à son sujet, qu'elle n'avait donné aucun signe de possession. Au lieu du prêtre qui avait accouché Barbe Buvée, elle déclara au Commissaire que ce fut une villageoise. Devant l'official, l'accouchement avait eu lieu près de la cheminée ; devant le commissaire ce fut sur un matelas apporté à cette intention. Même contradiction pour la perte de sang, qui, de trois quarts d'heure devant l'official, eut une durée d'une heure et demie devant le Commissaire. Marguerite Jamain avait ensuite affirmé à l'official avoir trouvé, dans son lit, une peau de chair ou de sang caillé ; de peur qu'on ne pût en tirer des présomptions à son désavantage, elle dit au Commissaire l'avoir trouvée près du feu, à l'endroit où Barbe Buvée était soi-disant accouchée. D'autre part elle lui déclara, sans en avoir parlé à l'official, que sœur Colombe, lui ayant apparu une nuit, l'avait menacée, si elle déposait qu'elle lui avait vu faire un enfant dans

sa chambre, de dévoiler à son tour qu'elle en avait eu un de Pelletier, son exorciste. Or, comme depuis sa déposition devant l'official, elle fut avisée que plusieurs religieuses avaient déposé sur des remèdes employés contre une prétendue hydropisie dont elle aurait été jadis malade, on put en inférer que cette adjonction lui fut conseillée dans le but de détourner les soupçons, et par surcroit, y voir une preuve indirecte qu'elle imputait, dans ce cas, à sœur Buvée, ce qu'elle-même avait fait. Les remèdes employés contre la dureté de foie et l'hydropisie que trois religieuses prétendaient avoir été la maladie de Marguerite Jamain, donnèrent aussi matière à réflexion. Par les dépositions des chirurgiens Borthon et Desmoulins, on établit qu'elle avait été saignée cinq fois (dont trois fois en octobre-novembre), la première datant de juin, ses époques étant arrêtées depuis la même date, et qu'à la dernière saignée, les règles parurent (ce dont Marguerite Jamain témoigna grande joie), accompagnées, comme elle le déclara elle-même, d'un sang clair et en caillots. Le livre de la pharmacie ne mentionna, en fait de remèdes délivrés à cette sœur que de l'eau minérale sur la composition de laquelle ni l'apothicaire, ni la sœur de la pharmacie ne purent donner les mêmes détails, si bien qu'il sembla évident que l'on ait voulu cacher les véritables remèdes dont on se servit pour la guérison de cette prétendue hydropisie.

Quoi qu'il en soit de la vérité sur ce qui concernait sœur Jamain, comme celle-ci fixait l'accouchement attribué plus haut par elle à sœur Buvée, au carême de 1660, son allégation fut reconnue, en dehors d'autres preuves, d'autant plus mensongères que plusieurs religieuses affirmèrent de leur côté avoir vu, dans l'été de la même année, le ventre et les seins de sœur Colombe plus gros qu'à l'ordinaire, de sorte qu'après son accouchement, son ventre serait ainsi encore resté enflé.

Il importe de faire remarquer que, devant l'official d'Auxonne, aucune des soi-disant possédées n'avait introduit des obscénités comparables à celles dont elles remplirent leurs dépositions devant le Commissaire. Mais comme elles ne s'en avisèrent qu'aussitôt après que le P. Godin eut déclaré que ces choses horribles provenaient de l'obsession, il y eut grand sujet de croire qu'elles mirent à profit cette imprudente remarque. Non contentes d'imputer à Barbe

Buvée les pensées d'impureté qui les assiégeaient et les actes lubriques qui émaillent leurs dépositions, nos prétendues possédées lui attribuèrent encore leurs coliques, leurs fièvres, leurs indispositions de toute nature. Plusieurs se plaignirent que son haleine leur avait causé des maux de tête dont la disparition coïncida avec son départ pour Dijon. Une prétendit que sœur Buvée avait empêché par son regard, la sœur Saint-Michel de se confesser à l'article de la mort, tandis qu'une autre, affirmait avoir ressenti des chaleurs très grandes après avoir bu de l'eau, sur laquelle la même sœur Buvée avait fait des bénédictions. Enfin, dans les exorcismes les prétendus démons qui parlaient par la bouche des possédées, assurèrent que le curé Borthon était mort pour avoir pris également des mains de sœur Buvée, entrée dans sa chambre un jour qu'il avait laissé la fenêtre ouverte, une poudre composée d'os d'enfant de sorcier et d'autres ingrédients, ce qui lui avait donné un mal de gorge mortel, tandis que le chirurgien Borthon avait affirmé qu'il était mort, comme nous l'avons vu, d'une hernie qui fut traitée par le chirurgien Guibaudet.

Les exorcistes de leur côté prétendaient démontrer la réalité de la possession par tous les signes déjà donnés plus haut, et lorsqu'ils étaient priés par le Commissaire d'indiquer comment ils avaient pu connaître l'existence de corps étrangers dans les parties honteuses de ces religieuses possédées, ils répondaient que le diable le leur révélait pendant l'exorcisme. Ils ajoutaient, à l'appui de leur démonstration de la possession, « que ces religieuses tomboient dans les exorcismes comme pasmées et qu'elles n'avoient pas les membres flexibles[1] »; qu'elles avaient rendu des sorts, savoir : deux petits serpents de cire entrelacés avec de petits cordons de cheveux, des coquilles, des papiers, des morceaux de parchemin, des canevas où il y avait des lettres écrites, des cailloux, des noisettes, et que sous des carreaux elles avaient trouvé « des sorts consistant en de petits gâteaux de terre et de graisse ». Mais il fut acquis par des témoignages et des expertises que ces prétendus sorts étaient composés de matières identiques à celles trouvées dans les poches d'une des religieuses; que les fameuses lettres écrites et trouvées dans les coquilles, étaient de la main d'un exorciste; ce qui prouva

[1] Manuscrit 18696, *loc. cit.*, folio 186, Bibliothèque nationale.

surabondamment son entente avec l'exorcisée. Il fut de même établi, à l'encontre de ce qui était avancé au sujet des prétendues possédées, que leurs forces ne dépassaient point celles de la nature, qu'elles furent impuissantes à déclarer, soit les choses passées, soit les choses présentes. Ainsi à un nommé Poitrin, sur lequel elles s'acharnèrent plus tard, elles ne purent désigner « ce qu'il avoit pris le premier jour de l'année qui estoit un oignon, ni déclarer de quel bois estoit le chappelet de Villemerle. procureur, et le contenu d'un papier qu'il présenta [1] ».

Enfin il fut reconnu qu'elles s'exorcisaient entre elles, le greffier lui-même les ayant surprises, et on trouva, entre leurs mains, l'histoire de la possession de Louviers et de Loudun, dont on peut, sous plus d'un rapport, faire le rapprochement avec celle d'Auxonne. Toutes ces choses-là et une infinité d'autres que le temps ne permet pas de rapporter, furent des preuves « que l'on a tenu que ces filles estoient possédées pour entretenir quelque mauvais commerce dans la maison [2] ».

L'attachement des soi-disant possédées pour le prêtre Nouvelet et ses acolytes, l'aversion contre leur confesseur ordinaire Terrestre, depuis qu'il avait nié la possession, furent, à cet égard, des indices d'une haute valeur; et, en songeant de plus que les exorcismes se faisaient tout bas, à l'oreille et dans le lit, on ne put conclure si c'étaient là des exorcismes ou des entretiens secrets.

« Dans les exorcismes secrets aucune d'elles disait qu'elle n'étoit point agitée, que le diable obéissoit au commandement de l'exorciste de ne pas les tourmenter, mais qu'en public il les agitoit parce qu'il estoit important de faire connoistre la vérité au public [3] ».

De plus il fut prouvé « [4] que l'on vit, avant que la nécessité des exorcismes eust ouvert la porte à toutes les heures, sur le couvert qui respondoit à la cellule de la sœur Jamain, des pas d'hommes qu'elles disoient (les possédées) estre des sorciers, et la sœur Jamain dit qu'ils entroient en sa chambre ». Il fut présumable d'après cela « que l'entrée par le couvert

[1] Manuscrit 18696, *loc. cit.*, folio 159.
[2] Id., *loc. cit.*, folio 160.
[3] Id., même folio.
[4] Id., *loc. cit.*, folio 161.

étant plus difficile que celle de la porte, que l'exorcisme tenoit à toutes les heures du jour et de la nuit ouverte », les exorcistes renoncèrent à y pénétrer de la première manière, et les déclarations des possédées « d'avoir esté violées par les sorciers et les démons » donna encore des soupçons qu'elles imputèrent aux démons ce qui pourrait être « attribué à d'autres ».

On ne put s'arrêter à des conjectures plus vraisemblables. quand on se fut rendu compte, *de visu*, que de la rue on pouvait entrer dans la chambre du parloir de la communauté, dont la fenêtre était dépourvue de barreaux, que depuis cette chambre, il était facile de pénétrer dans une cour appelée la cour des dortoirs, dont les couverts étaient si bas et si plats. qu'après expérience faite, il était commode d'y accéder sans échelle, et entrer ensuite dans la cellule, soit de la sœur de Malo, soit de la sœur Jamain. La première cellule était en effet, privée de barreaux, et la seconde en avait de si récemment scellés dans du plâtre qu'on pouvait facilement les enlever. Ainsi s'expliquèrent aisément et sans intervention démoniaque : 1° les faits rapportés par la sœur Marie de Laramisse qui déclara avoir entendu siffler des hommes, sur les couverts, heurter à sa fenêtre qui était la seconde après celle de sœur Jamain et l'avoir trouvée un jour ouverte; 2° les déclarations d'un témoin racontant qu'une certaine nuit, comme on se mettait en devoir d'ouvrir la cellule de la sœur Jamain, elle mit ses ciseaux sur le loquet pour en empêcher; et 3° les constatations des murs dégradés, dont les faîtières avaient été récemment abattues, vraisemblablement en passant sur elles. La facilité enfin avec laquelle toutes les religieuses se découvrirent aux exorcistes « de toutes leurs maladies plutôt qu'à leurs supérieurs et infirmières » et l'instantanéité des guérisons obtenues, par l'exorcisme, apportèrent leur contingent « de violentes présomptions de quelque mauvais commerce » de toutes ces possédées avec leurs exorcistes.

La moralité des exorcistes eux-mêmes fut trouvée sujette caution, en dehors de leurs agissements au monastère même; et, pour ne parler que de Nouvelet plus compromis, sa liaison avec Claudine Bourgeot dont il se servit pour faire publier l'existence de la possession des Ursulines, fut de notoriété publique des plus scandaleuses. En voici plusieurs épisodes tirés du manuscrit de M. Legoux :

« [1] L'attachement de Nouvelet pour Claudine Bourgeot est prouvé par ses propres confessions; qu'il a conduit et défrayé la ditte Bourgeot et sa mère au village de Tanay, à Saint-Jean-de-Losne; de Saint-Jean-de-Losne à Laperrière; qu'ils furent surpris de la pluie ; qu'estant arrivez au logis au dit lieu de Lapérière, on leur alluma du feu. Que la dite Bourgeot étant proche du dit Nouvelet, lui passoit les mains sur les cuisses et sur les genoux, qu'il touchoit la teste à la ditte Bourgeot; qu'il l'appela dans une chambre séparée, prit un livre, fist sur elle des bénédictions et sur un petit garçon. Ils couchèrent en ce lieu de Laperrière en des chambres séparées. Le dit Nouvelet la faisant manger à table, assise proche de luy. Le curé de Laperrière dit qu'il alla voir Nouvelet, qu'il l'invita à dîner, qu'il y fust invité de la part d'un jeune homme qui s'estoit marié, qu'il refusa d'y aller. »

« Ce mesme curé dit que sur l'advis qui luy fust donné que Claudine Bourgeot faisoit scandale il obligea Nouvelet de s'esloigner. De Laperrière ils allèrent à Pagny où la ditte Bourgeot demeure d'accord que le dit Nouvelet coucha dans la même chambre dans des litz séparez, savoir : le dit Nouvelet seul; elle, sa mère et le petit clerc du dit Nouvelet, âgé de dix à douze ans, dans une autre. De là ils allèrent à Charnay [2], de Charnay à Châlon, où elle demeura aussy d'accord d'avoir logé chez une pauvre femme et d'avoir couché dans la mesme chambre dans des litz séparez avec le dit Nouvelet; elle dit qu'elle fist des prières pendant neuf jours devant l'image miraculeuse de la Vierge, et qu'un carme nommé P. Prosper l'exorcisa dans une maison religieuse. De Chalon ils prirent résolution d'aller à Dôle. Le père du dit Nouvelet, sur l'advis qu'il en reçeut et sur les mauvais bruits que l'on faisoit courir de sa conduite avec cette fille, escrivit à son fils de la quitter et de retourner à Auxonne. Il demeure d'accord d'avoir reçu la lettre. Il dit qu'il préféroit la délivrance de cette fille à tous les faux bruits qu'on faisoit courir de luy; qu'à Chalon il prit conseil de la conduire à Saint-Claude, qu'ils passèrent par Dôle ou estant, son père vint pour l'obliger à quitter la ditte Bourgeot; qu'ayant tesmoigné à son père qu'il ne vouloit pas s'en séparer, son père alla trouver les magistrats de Dôle pour les prier de faire fermer les portes

[1] Manuscrit 18694, *loc. cit.*, folios 167-168.

[2] Charnay-les-Chalon, canton de Verdun sur le Doubs (Saône-et-Loire).

et d'empescher son fils de sortir avec cette fille ou bien de faire arrester par les prestres, le dit Nouvelet, son fils, que le sieur de Salin, eschevin de la ville d'Auxonne, fut envoyé par les magistrats à Dôle pour ordonner audit Nouvelet de se séparer de la dite fille, ce qu'il ne voulut faire. »

« Il est vray que par la déposition du sieur de Salin, il dit qu'estant par occasion à Dôle, il fut prié par le père de Nouvelet d'interposer son autorité pour obliger son fils de retourner à Auxonne, qu'il luy ordonna de la part de la chambre de ville, mais qu'il ne voulut obéyr. »

« Que le sieur Thomas, official, fust député de la part des prêtres d'Auxonne pour aller à Dôle et ordonna au dit Nouvelet de retourner à Auxonne, à quictter la ditte Bourgeot mais qu'il ne voulut pas obéyr; que le père du dit Nouvelet dit au sieur Thomas que son fils alloit se perdre avec la ditte Bourgeot. Les raisons pour lesquelles le dit Nouvelet s'excuse de n'avoir quictté cette fille sont que comme elle apprit le voyage de son pêre, du sieur Thomas, official, et du sieur de Salin, elle entra en des grandes agittations, qu'elle monta sur un toict, qu'il fist l'exorcisme dans lequel il commanda aux diables qui la possédoient de la descendre; qu'elle descendit dans une chambre ou estoit le sieur Thomas, official; que la ditte Bourgeot se jetta sur luy, luy deschira son collet, ses gants, luy disant qu'elle avoit pouvoir de faire mourir; que l'official alla consulter le P. Planchette, jésuite, qui donna conseil de laisser continuer le voyage au dit Nouvelet jusqu'à Salin, ce qui aurait obligé le dit sieur Thomas de luy permettre, et que pour cela il luy donna des lectres testimonialles de ses vies et mœurs. Le commissaire lui ordonna de représenter ces lectres, il y a satisfait, elles se trouvent datées d'Auxonne. On luy demanda pourquoi il impose, il dit que l'official les datte d'Auxonne parce qu'il n'avoit point de juridiction dans Dôle. Il est vrai pour les choses qui despendent de la contentieuse, mais non pas de la volontaire. Mais il est facile de juger qu'il prétendoit se servir de ces lettres pour faire croire qu'il avoit continué son voyage à Salins avec le consentement du sieur Thomas, official. »

Il faut remarquer que dans le mesme procès-verbal il dit que la ditte Bourgeot pendant ce voyage entroit en des agittations extraordinaires qui la faisoit courir dans les bois où il estoit obligé de la suyvre, crainte qu'elle se précipitat.

De Dôle ils allèrent à Salins ou les magistrats de la ville d'Auxonne donnèrent ordre de faire arrêter la fille Bourgeot et sa mère. La mère fust constituée prisonnière, sa fille se sauva et fuyant tomba pasmée sur le pavé. Le vicaire de Salins empescha d'exorciser la ditte Bourgeot parce qu'il luy dit qu'elle n'avait aucune marque de possession. On empescha le dit Nouvelet à Salins pendant trois jours de dire sa messe. Les prestres d'Auxonne et les officiers du bailliage écrivirent à Nouvelet de retourner, comme sa mère estoit prisonnière, il retourna après qu'elle fust élargie des prisons.

« On laissa entrer dans Auxonne la mère de la ditte Bourgeot, mais pour elle on ne voulut pas la recevoir. Nouvelet la logea dans une grange qui appartenait à son père ou estant couchée sur un lit, il la confessa, elle se leva et jeta un gril aux assistants. Quelque témoing dépose qu'un nommé Carpet, adverty que la ditte Bourgeot estoit logée en la ditte grange ou il avoit un enfant à nourrir, il y alla pour l'obliger de la faire sortir, que la ditte Bourgeot tenoit un crucifix à la main, et que le dit Carpet la pressoit de sortir, de l'autre main elle se jeta sur le dit Carpet, qu'elle le saisit par les partyes honteuses qu'elle luy tira de telle sorte que le témoing dit que pour les faire quitter, il fust obligé de donner un coup de baston à la ditte Bourgeot. »

« Que le lendemain les magistrats obligèrent la mère de la ditte Bourgeot et sa fille de sortir, qu'ils les firent conduire à Fauverney que pour l'y obliger, il fallut mander Nouvelet. Comme elle l'aperçut elle se jeta à terre et s'adressant à luy dit : Saulve la mère et garde son enfant, que Nouvelet lui mit les pieds sur la teste et luy fit des prières; qu'elle prit un gril qu'elle jeta aux jambes des assistans. Que les magistrats la firent conduire sur un chariot appartenant au père dudit Nouvelet au lieu de Fauverney avec sa mère.

« Il est aussy prouvé que la ditte Bourgeot appela le dit Nouvelet son papa et que le dit Nouvelet luy appella ma fille.

« Au mois de novembre de l'année mil six cent soixante, la dite Bourgeot retourna à Auxonne. Sur l'avis donné aux magistrats, ils la fisrent chercher. Le soir elle ne fust pas trouvée, le lendemain elle se trouva dans la maison de Nouvelet, cachée sous le four de la maison de son père. »

« Un témoing dit que les sieurs Boisleau et Semel esche-

vins, donnèrent ordre de faire sortir la ditte Bourgeot, qu'il la rencontra dans la chambre de Nouvelet, qu'il la fist sortir, que le soir on ne la put trouver, que la mère de Nouvelet la conduisit hors les portes et luy donna du gasteau.

« Nouvelet dit que les magistrats l'avoit obligé de la recevoir le soir, ce qui n'est pas, parce qu'ils ne l'auroient pas faict chercher, et si elle avoit esté par leur ordre logée dans sa maison elle ne se seroit pas cachée sous le four. »

Les preuves recueillies qui rendaient la conduite des prêtres d'Auxonne suspecte, furent donc irréfutables. Celles d'un complot fait pour perdre sœur Buvée ne se trouvèrent pas moins solidement établies. D'autre part, en réfléchissant que la certitude de l'existence de la prétendue possession ne reposait en réalité que sur une hypothèse, à savoir que sœur Buvée étant magicienne, elle aurait eu le pouvoir de faire entrer le démon dans le corps de quinze religieuses, on ne put faire autrement, que déduire la fausseté même d'une possession, du fait reconnu que sœur Colombe n'était ni sorcière ni magicienne.

(*A suivre.*)

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE.

I. Sur un cas de localisation erronée des impressions tactiles ou *allachæstésie;* par Grainger Stewart (d'Edimbourg). (*British medical journal*, janvier 1894, n° 1723.)

L'observation de M. Grainger rappelle les cas auxquels Obersteiner a proposé de donner le nom d'allochirie, dans lesquels une impression donnée au membre supérieur droit par exemple, est attribuée par le malade à une sensation ressentie du côté symétriquement opposé.

L'allochirie observée par Ferrier, Fischer, Hammond, Brown-Séquard, Leyden, Féré, Gellé, Gay et Weiss peut s'étendre à la sensibilité des muqueuses et à tous les appareils sensitifs sensoriels.

D'après Horsley ces transpositions de sensation seraient liées à une lésion de la zone rolandique.

Dans le cas auquel Grainger propose de donner le nom d'alla-

chœstésie, l'impression est localisée du même côté, mais rapportée à un point plus éloigné; par exemple une piqûre d'épingle au poignet droit est prise pour une piqûre à la pulpe du pouce droit.

A. Marie.

II. Cas d'acromégalie; par Dreschfeld (de Manchester). (*British medical journal*, janvier 1894, n° 1723.)

L'observation rapportée est un type de la maladie de Marie avec photographie démonstrative pour les déformations physiques des extrémités des membres et de la tête. Comme troubles fonctionnels le malade présentait l'atrophie des papilles, symptôme rare, et une dyspnée intense. Ces deux symptômes liés apparemment à l'hypertrophie des glandes pituitaires dans le premier cas et thymus dans le deuxième.

Comme dans le cas d'Henrot le corps thyroïde était lésé mais formant tumeur indépendante de celle rétrosternale. Vraisemblablement l'auteur attribue ces dégénérations glandulaires à une prolifération de même nature que le lymphosarcome comme Virchow et Koster l'ont soutenu.

L'auteur rappelle les autopsies confirmatives de cette façon de voir, entre autres celles de Gauthier, Holsti, Duchesneau, celles de Marie et Marinesco où le sympathique était en outre atteint de dégénérescence ganglionnaire scléreuse; de Burg, où le chiasma et la base du cerveau étaient atteints de gliomatose, comme dans le cas d'Holshewnikoff où la tumeur gliomateuse siégeait dans la moelle d'où les symptômes concomitants de syringomyélie. Le traitement par l'arsenic fit disparaître le symptôme dyspnée pour lequel le malade était entré à l'hôpital, d'où il sortit après trois semaines.

A. Marie.

III. Paralysie faciale bilatérale due a l'application du forceps; par Edgeworth (de Bristol). (*British medical journal*, janvier 1894, n° 1723.)

C'est une paralysie double, permanente après sept ans, avec physionomie inexpressive (2 photographies), troubles de la parole par difficulté de prononciation des labiales, altération de la peau de la face par épaississement dû à l'absence des mouvements des muscles sous-jacents; épiphora par instants.

A. Marie.

IV. Huit cas de pachyméningite hémorrhagique; par Bondurant (d'Alabama).

Sur ces huit cas, l'un est une hémorrhagie subdurale simple; quatre sont des foyers hémorrhagiques récents, mais avec fausses membranes en voie de formation; les deux dernières présentent

la pseudo-membrane sans trace apparente d'hémorrhagie. Dans un cas, il y avait épanchement sanguin dans l'espace subarachnoïdien. Dans tous il y avait atrophie marquée du cerveau, lésion évidente de la pie-mère et endartérite chronique diffuse plus ou moins prononcée. Dans un cas seulement, la dure-mère paraissait atteinte, encore cette lésion pouvait-elle n'être que secondaire. L'auteur passe en revue les principales théories émises et se rallie à la théorie de l'hémorrhagie primitive par athérome artériel. Il propose pour ces sortes de méningite hémorrhagique le nom de leptoméningite-hémorrhagique chronique. (*The Alienist and Neurologist*, XIV, 93, n° 1.) A. MARIE.

V. ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE; par ZENNER (de Cincinnati).

Huit observations avec considérations générales sur les conditions ordinaires d'âge, de sexe, d'hérédité des malades, l'évolution de l'affection et son traitement par l'électricité, le massage et les injections hypodermiques de strychnine. (*The Alienist and Neurologist*, XIV, 93, n° 1, p. 60.) A. MARIE.

VI. LÈPRE SYSTÉMATISÉE NERVEUSE A FORME SYRINGOMYÉLIQUE; par MM. les Drs PITRES et J. SABRAZÈS. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1893, n° 3.)

Le diagnostic entre la lèpre et la syringomyélie est, dans certains cas, très difficile. Exemple d'un lépreux pris pendant plusieurs mois pour un syringomyélique; c'est l'examen bactériologique d'un fragment de nerf de l'avant-bras qui fit reconnaître la lèpre :

Homme de quarante-six ans, non diathésique, non héréditaire neuropathe, ayant habité la Martinique pendant dix ans, de vingt-six à trente-cinq ans. A l'âge de vingt-neuf ans, apparition d'une plaque d'anesthésie sur le mollet gauche, et peu après plaque symétrique sur le mollet droit. A quarante-deux ans, apparition de troubles trophiques variés : maux perforants plantaires, excoriations des mains, bulles pemphigoïdes aux jambes et aux avant-bras, ulcérations mutilantes des doigts, des orteils. Cicatrisation lente et récidives multiples jusqu'à quarante-six ans. Dissociation très nette de la sensibilité sur les membres inférieurs, les parties génitales et diverses autres régions. En outre, troubles anormaux de la cénesthésie, comme par exemple la sensation bizarre, couché au lit, que les membres et le tronc s'hypertrophient et prennent des dimensions démesurées.

On recherche le bacille de Hansen, sans succès, dans le sang, dans la sérosité d'un vésicatoire, dans le pus des ulcères. On se décide à exciser un centimètre d'un rameau du musculo-cutané de l'avant-bras, et, par les procédés ordinaires, on le trouve infiltré

de bacilles de Hansen. Il existe aussi une névrite parenchymateuse et interstitielle en même temps, de sorte que le nerf est à peu près réduit à un simple cordon conjonctif.

Quelque temps après, alors que le diagnostic était établi par la découverte des bacilles, des plaques érythémateuses se développèrent au niveau de plusieurs des endroits anesthésiés. Ces plaques sont caractéristiques de la lèpre, à elles seules elles eussent fixé le diagnostic, si elles s'étaient montrées plus tôt.

On connaît deux autres faits analogues à celui-ci, et la comparaison de ces trois avec les observations de syringomyélie franche suscite les remarques suivantes : Les malades ont toujours séjourné dans des pays où la lèpre est endémique. — L'affection n'a jamais débuté avant l'âge adulte. — Il existe toujours des symptômes céphaliques, ce qui prouve que des nerfs bulbaires sont intéressés. — Il n'existe pas de déviation du rachis et les nerfs cubitaux sont hypertrophiés. — Mais, en somme, l'examen bactériologique, rigoureusement conduit, reste le principal, sinon le seul élément de diagnostic. C.

VII. Note sur un cas d'hyperthricose de la partie inférieure du corps chez un épileptique ; par M. Féré. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1893, n° 3.)

Un homme de vingt-huit ans, épileptique depuis l'enfance, porteur de quelques stigmates assez légers de dégénérescence, mais ne présentant aucun symptôme d'une affection médullaire quelconque, offre cette particularité : alors que la partie supérieure du tronc et les membres supérieurs sont glabres, les membres inférieurs, les fesses, le pourtour du bassin sont couverts de longs et abondants poils noirs. Les poils sont limités par une ligne transversale passant par la seconde vertèbre lombaire.

L'hyperthricose localisée est un trouble trophique en rapport avec une affection des nerfs, celle qui est localisée aux membres inférieurs, et, admet-on, sous la dépendance de lésions médullaires, on l'observe parfois dans la myélite chronique, la pachyméningite, la paraplégie traumatique. On voit qu'il y a des exceptions à cette proposition, et que l'hyperthricose systématiquement limitée peut être un stigmate de dégénérescence, la conséquence d'un trouble d'évolution congénitale de nature inconnue. C.

VIII. Sur un cas d'arthropathie tabétique des deux hanches ; par M. Londe, interne de la clinique des maladies du système nerveux. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1893, n° 3.)

Un homme de quarante et un ans, à tare héréditaire très peu marquée, avec syphilitique, ayant eu des rhumatismes articulaires aigus dans son enfance, devient ataxique, il y a sept ou huit ans.

Entre autres symptômes tabéliques, il présente des crises gastriques.

Quatre ans après le début de l'affection, arthropathie de la hanche gauche, et ensuite arthropathie de la hanche droite; actuellement on reconnaît facilement l'existence d'une luxation coxo-fémorale double, sans réaction locale. Le sujet peut marcher un peu avec des bâtons, mais de chaque côté son fémur se déboîte avec la plus grande facilité, surtout quand il s'incline en avant. Dans le décubitus dorsal, on imprime aux membres inférieurs les mouvements les plus anormaux. Cette luxation double a produit une diminution très sensible de la taille, avec élargissement du bassin, lequel bassin se rapproche de celui de la femme, et enfin une inclinaison marquée du pli fessier. La ligne bitrochantérienne passe à 5 centimètres au-dessus des épines iliaques supérieures.

A noter principalement, dans cette observation, la coïncidence des crises gastriques et des deux luxations spontanées de la hanche. Du reste, cette coïncidence des crises gastriques et des arthropathies a déjà été signalée, on l'a même expliquée par la présence d'une lésion, dont dépendraient les deux phénomènes, située au bulbe dans le voisinage du noyau d'origine du pneumogastrique.

IX. De la névrose dite traumatique; par Harold Mayer (de Chicago).

L'auteur fait la critique de la terminologie si variée jusqu'ici, appliquée aux phénomènes pathologiques qu'il étudie. Hystéro-traumatisme, railway-spine, spinal concussion (Clevenger), commotion médullaire (Erichsen), shock spinal sont autant de mots qui sont loin de répondre à un syndrome clinique caractéristique. Indépendamment des anamnestiques, comment en effet distinguer la neurasthénie spinale simple de la névrose traumatique? Bien des traumatisés sont loin de présenter l'ensemble des symptômes décrits, et tous ceux qui les présentent sont loin d'avoir été victimes d'un traumatisme. L'auteur cherche à préciser la symptomatologie insuffisante. Il repousse l'électro-diagnostic. Il pense que tous les troubles périphériques de l'innervation sont organiques et non fonctionnels.

Quant aux désordres des centres nerveux, moelle ou cerveau, il admet qu'ils peuvent être fonctionnels, au simple ébranlement correspondant une pseudo-neurasthénie avec mouvements et pression douloureuse, sensation de faiblesse des membres, etc. Puis viennent les altérations systématiques des différents cordons médullaires, enfin les désordres consécutifs aux ruptures, fractures et dislocations de la colonne vertébrale. (*The Alienist and Neurologist*, XIV, 93, n° 4.)

A. Marie.

X. Hémianopsie et neurasthénie, accidents de chemin de fer ; par le Dr Badal. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1893, p. 130 et 137.)

Si les troubles oculaires présentés par le malade qui fait le sujet de cette observation sont comparables, sous beaucoup de rapports, à ceux observés très fréquemment dans la neuro-psychose traumatique, l'hémianopsie semble indiquer ici quelque chose de plus, et porte à admettre qu'au moment de l'accident, il s'est produit du côté des centres nerveux des désordres relativement graves rendant le pronostic très réservé.

XI. Troubles visuels dans les hémiplégies ; par le Dr Fromaget. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1893, p. 190.)

Deux cas d'hémiplégie transitoire avec troubles persistants de la vue, se rapprochant de ceux de Guglino, Boucheron, Féré (*Arch. de Neurologie*, 1885). Les troubles visuels consistaient ici en hémianopsie latérale homonyme du côté paralysé, amblyopie croisée et troubles de la vision des couleurs. L'auteur conclut qu'en accumulant des faits analogues et en les complétant par des nécropsies, on arrivera à élucider le trajet encore en partie inconnu des fibres optiques. E. R.

XII. Les données de la psychopathologie, essai critique ; par Duprat. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1893, p. 441, 474, 487, 604.) E. R.

XIII. Aphasie transitoire neurasthénique ; par le Dr E. Régis. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 32.)

Jeune homme de dix-huit ans, offrant les stigmates physiques et mentaux de la neurasthénie pubérale, en particulier les crises émotives, les obsessions anxieuses, l'aprosexie, etc., qui a éprouvé une dizaine de fois, en quelque temps, des phénomènes curieux d'aphasie transitoire, rapportés tout d'abord à une tumeur cérébrale, sans trouble psychique ou somatique concomitant. Passant en revue les divers états morbides dans lesquels peut se rencontrer ce phénomène, notamment les lésions organiques du cerveau, les intoxications, surtout l'épilepsie et l'hystérie, l'auteur conclut, en se basant à la fois sur la prédominance marquée des stigmates neurasthéniques chez le sujet et sur les caractères de ses crises d'aphasie transitoire, essentiellement émotives dans leurs allures, que cette aphasie transitoire n'est elle-même qu'une manifestation de la neurasthénie, probablement due à un spasme circonscrit et passager des vaisseaux de l'encéphale. Il importe de connaître ces

faits et de savoir les distinguer pour éviter, comme ici, d'importantes erreurs de diagnostic et de pronostic.

XIV. Les localisations cérébrales dans la région capsulo-striée : a propos d'un cas de monoplégie persistante du membre inférieur gauche causée par une lésion très limitée de la capsule interne droite ; par le Dr A. Pitres. (*Arch. clin. de Bordeaux*, 1893, n° 1.)

Après avoir rappelé brièvement les principales opinions qui ont eu cours dans la science relativement à la physiologie pathologique des masses centrales du cerveau, le professeur consacre sa leçon à l'exposé anatomo-clinique d'un cas tendant à démontrer : 1° que les lésions destructives limitées à la substance grise des corps striés peuvent ne déterminer aucune espèce de paralysie; 2° que les lésions destructives très circonscrites, siégeant dans l'aire du tiers moyen de la capsule interne, peuvent donner lieu à des monoplégies persistantes. E. R.

XV. Sur un cas de syphilis cérébrale ; par le Dr Emile Bitot. (*Arch. clin. de Bordeaux*, 1893, n° 2.)

XVI. Cas de guérison d'une paraplégie alcoolique par l'électricité ; par le Dr Massy. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 17.)

XVII. Sur un cas d'athétose double; par le Dr A. Moussous. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 18.)

XVIII. Un cas d'automatisme ambulatoire hystérique ; par le Dr E. Régis. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, nos 8 et 26.)

Cas d'automatisme ambulatoire accompli par une femme de cinquante-deux ans dans un état de somnambulisme, terminé par des attaques d'hystérie. Le souvenir de la fugue et de la journée précédente (amnésie rétrograde), à peu près complètement perdu à l'état de veille, sauf quelques incidents surnageants, reparaissait de la façon la plus nette dans l'état hypnotique. A propos de ce fait, M. Pitres et M. Régis résument les caractères différentiels de la fugue morbide dans la folie, dans l'épilepsie, dans l'hystérie, dans la neurasthénie.

XIX. Tremblement hystérique; par le Dr E. Delmas. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, nos 28, 40, 43, 44, 45, 46, 47.)

XX. Méningo-encéphalite syphilitique chez un enfant de cinq ans ; par le Dr A. Moussous. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 28.)

XXI. Sur un cas d'ostéite déformante de Paget; par MM. Gilles de la Tourette. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1894, n° 1.)

Observation détaillée d'un cas de cette maladie étrange et assez rare, puisqu'on n'en connaît qu'un petit nombre d'observations aussi bien en France qu'à l'étranger, et qui est caractérisée par un ostéite déformante généralisée à presque tous les os du squelette. Voici ses principaux caractères d'après M. Thibierge : Déformation et augmentation de volume (hyperostose diffuse) d'un grand nombre d'os, ses localisations plus les caractéristiques occupent les os du crâne, le radius, le tibia (diaphyse et extrémité supérieure) et les clavicules. Elle respecte au contraire d'une manière absolue les os des mains et des pieds, les os de la face, sauf parfois le maxillaire inférieur dont les lésions sont toujours peu considérables, elle atteint constamment les os symétriques, mais les lésions prédominent toujours sur l'un d'eux.

L'observation de M. Gilles de la Tourette a trait à un homme de quarante-neuf ans, dont la maladie remonte à huit ans. Les premiers symptômes furent un raccourcissement des jambes qui en même temps se courbèrent en dedans. On note tous les caractères ordinaires de la maladie de Paget, mais le cas diffère en certains points des cas typiques dont le tableau clinique est esquissé plus haut. C'est ainsi que les os de la face sont atteints à un haut degré Il y a saillie considérable des os malaires et par suite élargissement considérable de la face. Le maxillaire inférieur est épaissi et déformé aussi bien dans sa branche horizontale que dans sa branche montante. En outre, les deuxième et troisième métacarpiens de la main droite sont très volumineux et les parties molles déformées à leur niveau. Il y a aussi hypertrophie des os du tarse à droite.

Cette observation est suivie de deux notes relatives aussi à la maladie de Paget. La première est de M. Albert Robin, elle est relative à un nouveau cas de cette maladie. Il s'agit d'un homme de soixante-quatre ans qui est atteint depuis quatorze ans ; il a commencé par se courber en avant et progressivement tous les signes de l'ostéite déformante généralisée se sont manifestés. Les points les plus importants de cette note sont les analyses chimiques des os malades et de l'urine du sujet. — La seconde note est de M. H. Meunier, interne des hôpitaux. M. Meunier relate, lui aussi, une observation d'ostéite déformante de Paget, prise dans le service de M. Gombault. Le malade qui en est le sujet est un homme de soixante-huit ans, il s'éloigne du type commun par plusieurs points, les os du visage sont atteints, la face dans son ensemble se rapproche du facies de la *leontiasis ossea* de Virchow. Les mains ne sont pas épargnées par l'ostéite et certains métatarsiens des deux pieds participent à l'hypertrophie

osseuse généralisée. Une autre particularité notable à signaler est une fragilité exceptionnelle du squelette, ainsi le malade se fracture le fémur en tombant de sa hauteur, et on lui a brisé les péroné en lui essayant un bas élastique. Cela tient probablement à la disparition de la matière organique et à l'augmentation des sels. C.

XXII. Les possédés des dieux dans l'art antique; par M. Henry Meige. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1894, n° 1.)

La grande préoccupation des artistes, dans tous les temps et dans tous les pays, a toujours été de reproduire exactement la nature, et c'est ainsi que des monuments figurés anciens représentent des difformités humaines, copies exactes des sujets que leurs auteurs avaient devant les yeux. On sait que Charcot et M. Richet ont recueilli un grand nombre de ces œuvres d'autrefois et ont fait voir que, dans maintes scènes d'exorcisme ou de possession, des personnages présentaient des signes incontestables de l'hystérie. L'antiquité ne leur a pas fourni des matériaux de ce genre, les anciens, disait très judicieusement Charcot, étaient trop amoureux de l'harmonie des formes pour peindre l'expression de la maladie. Cependant cette règle n'est pas sans exception, et les Grecs eux-mêmes, comme les artistes du moyen âge et de la renaissance, mais bien moins souvent qu'eux, ont représenté les convulsions et les contractures de la grande névrose. M. Henry Meige, dans ce savant et intéressant travail d'exégèse, étudie, à ce point de vue, deux bas-reliefs grecs qui existent l'un au musée des Offices à Florence, l'autre dans la collection *Jatta in Ravo*.

Il ne s'agit naturellement pas de scènes d'exorcisme ou de possession diabolique, les temps n'étaient pas à cette métaphysique sombre. Il s'agit cependant quand même de possession, mais de possession divine. Les femmes de ces bas-reliefs antiques sont des corybantes ou ménades et elles sacrifient au dieu Dionysos, dont l'esprit les anime et les possède, de sorte que l'une prophétise avec de grands gestes et que d'autres sont renversées en convulsions.— Même en négligeant les documents écrits qui les concernent et sont venus jusqu'à nous, et en s'en tenant seulement aux seules représentations des scènes où elles figurent, que le ciseau des artistes d'autrefois nous a conservées, et qui sont si parfaitement reproduites dans la *Nouvelle Iconographie*, il reste évident que les corybantes grecques sont, comme les possédées du moyen âge, les vraies sœurs des hystériques de la Salpêtrière. Camuset.

XXIII. Cas de névrites multiples; par le Dr W.-L. Worcester.

Pendant sa pratique de l'aliénation mentale, l'auteur a observé quatre cas de névrites multiples, en excluant quelques cas de para-

lysie diphtéritique. L'un est dû à un empoisonnement par l'arsenic, les trois autres sont de cause inconnue. Bien que tels cas ne soient pas d'une grande rareté, ils ne sont étudiés que depuis peu d'années et ils sont souvent confondus avec d'autres affections moins curables.

Cas I. — Le premier cas concerne un homme de vingt-huit ans qui, ayant trouvé un paquet d'arsenic, en prit deux cuillerées à café. Il fut pris aussitôt de vomissements violents et quatre jours après se déclarait un engourdissement dans les mains et les pieds, engourdissement qui le faisait trébucher en marchant.

Un mois après l'accident, la paralysie avait envahi les quatre membres et le malade se levait de son siège avec une extrême difficulté. Les mains serraient faiblement. Les muscles paralysés étaient très atrophiés et la sensibilité au froid et au chaud très imparfaite. Deux mois après, il marchait dans sa chambre, ses mains lui permettaient les mouvements normaux et la sensibilité était revenue.

Cas II. — Un mélancolique ressent en juillet 1889 une sensation de refroidissement dans les pieds, accompagné de douleurs musculaires. A cette époque, le malade jouissait d'une santé robuste et était fortement musclé. Peu à peu il éprouve de la difficulté à monter les escaliers, les muscles deviennent sensibles à la pression et spontanément douloureux. — Pas d'ataxie. — Pas de diminution de la sensibilité.

En septembre, attaque de dysenterie qui fait faire à la paralysie de rapides progrès. Réflexe rotulien aboli, réflexe plantaire affaibli. En novembre, le malade peut remuer les pieds. Retour de l'excitabilité qui avait disparu. Guérison complète en décembre.

Cas III. — Un épileptique commence à se plaindre de douleurs dans les jambes le 1er octobre 1889. C'était un homme d'une bonne santé à part son épilepsie. Réflexe rotulien normal. La paralysie survient lentement et le force à prendre le lit au mois de novembre. Sensibilité tactile amoindrie, pas d'analgésie. Réflexe rotulien aboli. — Le malade ne recommença à marcher qu'en décembre.

Cas IV. — Une femme, qui avait plusieurs fois refusé de manger, est prise en octobre d'une telle faiblesse qu'elle ne pouvait se tenir sur ses jambes, bien que son alimentation fût suffisante. Réflexe rotulien aboli. Réaction électrique nulle dans les extrémités inférieures. Muscles douloureux à la pression. En décembre 1891, deux mois après le début, atrophie très marquée des muscles. Amélioration progressive en janvier, sans changement de l'état mental. (*American journal of insanity*, 1893.) E. B.

XXIV. Deux observations pour servir au diagnostic des paraplégies syphilitiques; par MM. Gilles de la Tourette et Hudelo. (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1893, n° 1.)

Ces deux observations sont prises à Saint-Louis, dans le service de M. le Dr Fournier.

1re *observation.* — Homme, vingt-trois ans, syphilitique depuis moins de deux ans, pris subitement des phénomènes d'une paraplégie spasmodique incomplète. Pas de signe de Romberg. Pas de troubles de la sensibilité. Pas d'atrophie des muscles. Réflexes rotuliens très exagérés, trépidation spinale, crampes dans les mollets. Troubles urinaires peu prononcés. Le traitement spécifique est sans aucune action.

2e *observation.* — Femme, trente-neuf ans, hystérique, syphilitique, elle présente une éruption papulo-squameuse assez abondante. Paralysie flasque incomplète des quatre membres, mais prononcée surtout aux membres inférieurs. Pas de phénomène pupillaire; pas de troubles sensitifs, absence complète des réflexes rotuliens; troubles urinaires légers, diminution de l'excitation électrique des muscles sans réaction de dégénérescence. Le traitement spécifique est efficace.

Les auteurs discutent ces deux observations et établissent, dans les deux cas, le diagnostic de *paraplégie syphilitique*. Puis ils exposent les quelques considérations cliniques suivantes :

La myélite syphilitique se caractérise le plus souvent par la paraplégie spasmodique incomplète (1re *observation*), mais celle-ci est ordinairement tardive, en outre elle est précédée de prodromes.— Ces deux caractères font défaut chez le premier malade. — Ces prodromes sont constitués par des fourmillements, des douleurs dans les jambes, les troubles oculaires ne sont pas rares. Il y a parfois des douleurs lancinantes qui feraient penser au tabes, mais l'exagération des réflexes éclaire le diagnostic. Le traitement échoue parce que, sans doute, les lésions sont de nature sclérotique, mais pendant la période prodromique il réussirait peut-être. Du reste cette paraplégie syphilitique qui est typique peut s'éterniser et même s'arrêter spontanément dans sa marche.

La syphilis provoque aussi, mais moins souvent, des paralysies flasques, comme dans la seconde observation. — Ces paralysies flasques ont des allures cliniques très variables. Certaines d'entre elles se généralisent en quelques jours, gagnent le bulbe, s'accompagnent d'eschares, de phénomènes douloureux, de relâchement des sphincters, et elles entraînent rapidement la mort. Malgré leur gravité réelle, ce sont des cas qui guérissent beaucoup plus souvent et beaucoup plus sûrement, par le traitement spécifique, que les myélites spasmodiques à marche lente et insidieuse.

XXV. Deux cas de myopathie progressive du type Landouzy-Déjerine; par M. Guinon. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1893, n° 1.)

Ces deux observations confirment ce que nous disait Charcot en 1885, à propos des différents types de myopathie, à savoir que les trois types connus sous les noms de : paralysie pseudo-hypertrophique, forme juvénile de l'atrophie musculaire de Erb, atrophie myopathique de Landouzy-Déjerine, ne sont en réalité que trois formes différentes d'une seule et même affection, la myopathie progressive.

Erb lui-même avait reconnu que sa forme juvénile se confondait avec la paralysie pseudo-hypertrophique, et l'on sait maintenant que la forme de Erb se confond également avec le type Landouzy-Déjerine.

Mais M. Guinon, dans cet article, démontre directement et par la clinique, que ce type Landouzy-Déjerine (atrophie myopathique à forme facio-scapulo-humérale) est de nature identique avec celle de la paralysie pseudo-hypertrophique. En effet, dans les deux cas qu'il relate on voit qu'il y a coexistence de l'atrophie et de la pseudo-hypertrophie, celle-ci entraînant comme celle-là l'impotence musculaire. Dans certains muscles, l'affection a évolué dans le sens de l'atrophie, dans d'autres dans le sens de l'hypertrophie. Il arrive même que l'atrophie et l'hypertrophie se manifestent chacune isolément sur un même muscle. — Dans tous ces types divers, il s'agit donc toujours d'un même processus morbide, d'une même entité nosologique : la myopathie progressive.

Observation 1. — Homme, quarante-deux ans. L'affection a débuté à dix-huit ans par de la difficulté de la marche, puis elle a progressivement évolué jusqu'au moment actuel. La face est envahie, mais sans le signe de Landouzy (impossibilité de clore complètement les paupières). Atrophie de tous les muscles pris ordinairement dans la forme Landouzy-Déjerine, et en même temps pseudo-hypertrophie de plusieurs muscles de la face, du deltoïde et surtout des muscles du mollet. Les mouvements sont très limités, certains sont impossibles, par suite d'impotence musculaire. Réaction de dégénérescence sur certains muscles. La sensibilité est conservée dans toutes ses formes. Parfois légères contractions fibrillaires des muscles à la suite d'un effort.

Cette observation est concluante, on y voit la coexistence de l'atrophie et de la pseudo-hypertrophie, d'où résulte parfois un aspect étrange des membres, ainsi l'atrophie du bras très prononcée tranche avec l'hypertrophie du deltoïde. Il s'agit bien de pseudo-hypertrophies et non de cas de muscles conservés et échappés à l'atrophie; on a vu, dans le service, les pseudo-hypertrophies s'établir petit à petit, et du reste les muscles hypertrophiés ont perdu toute leur force.

A noter deux symptômes exceptionnels dans les myopathies : le frémissement vermiculaire et la réaction de dégénérescence. Les exceptions sont données comme caractéristiques des myélopathies, mais ce n'est pas une règle générale et on a exagéré ce caractère.

Observation 2. — Analogue à la précédente. Homme de vingt-cinq ans chez lequel l'affection a débuté à l'âge de sept ans. — Myopathie progressive de la forme facio-scapulo-humérale. Facies myopathique typique avec le signe des paupières. Pseudo-hypertrophie de certains muscles et surtout du deltoïde droit et du triceps crural gauche.

XXVI. Trois cas d'arthropathies myélopathiques ; par les Drs L. Revilliod et H. Audéoud. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1893, n° 2.)

1er *cas*. — Femme, cinquante-neuf ans, intelligence peu développée, tare héréditaire peu lourde, pas de syphilis. Le tabes est ancien, il est difficile d'en marquer le début exact. Actuellement : les membres supérieurs ont perdu de leur force. On ne peut savoir si la marche est ataxique, des lésions articulaires ne permettant pas à la malade de faire un seul pas. Le signe de Romberg est très accusé. Les réflexes patellaires sont abolis. Douleurs fulgurantes dans les quatre membres. Sensibilité tactile intacte partout. Aux jambes, la sensibilité à la douleur a disparu et la sensibilité thermique est pervertie. La vue est diminuée, les pupilles sont punctiformes, pas d'atrophie papillaire.

Troubles trophiques. — Les dents ont toutes tombé à trente-quatre ans. Arthrite sèche et indolore du genou droit, lequel est énorme, il mesure 44 centimètres de circonférence. La synoviale est épaissie, les cartilages sont érodés. Craquements pendant les mouvements. Mouvements anormaux. Atrophie du fémur et hypertrophie du tibia — Arthrite de l'articulation tibio-tarsienne droite, sans rougeur ni chaleur, ni douleur. L'articulation est tuméfiée, pas de craquements ni de mouvements anormaux. — Arthrite également indolore, et sans réaction de l'articulation tibio-tarsienne gauche. Il y a un gonflement et une déformation considérable, fracture (spontanée et ancienne) du tibia et mouvements anormaux étendus. Le traitement par suspension ne produisit aucun effet.

2e *cas*. — Homme de cinquante et un ans, syphilitique, tabes ancien avec les symptômes ordinaires, marche ataxique. Troubles urinaires et oculaires. Crises apoplectiformes. Arthropathie du genou gauche. — L'arthrite s'est développée depuis peu, sans que le malade s'en soit aperçu. L'articulation est tuméfiée, 38 centimètres 1/2, l'autre genou ne mesure que 33 centimètres. Pas d'hydarthrose, pas de douleur, pas de rougeur. Les mouvements passifs sont accompagnés de froissements. Dans la station debout, le genou

est en récurvation, c'est-à-dire convexe en arrière et concave en avant. Pas d'autre arthropathie, ni de troubles trophiques.

3e *cas*. — Il s'agit d'un cas fruste de maladie de Friedreich. — Jeune garçon, seize ans, crâne petit, front étroit, intelligence peu développée, attitude voûtée, mais pas de scoliose. Papilles réagissant bien, strabisme léger, ni nystagmus, ni rétrécissement du champ visuel. La marche et même la station sont impossibles, il y a paraplégie complète; cependant, couché, quelques mouvements restreints de flexion et d'extension sont encore possibles. Réflexe patellaire complètement aboli, sensibilité normale.

Déformation particulière des pieds, lesquels sont raccourcis, la voûte plantaire très accentuée, le tarse faisant saillie en haut, les orteils difformes et relevés. Il n'y a ni ankylose, ni douleur, ni rougeur. — Ce cas est fruste, le diagnostic un peu hasardé, car on ne peut savoir si la marche est ataxique. Mais noter qu'une sœur du malade a une déformation semblable d'un pied et que, chez elle, les réflexes patellaires sont abolis.

XXVII. De la méningo-myélite syphilitique. Étude clinique et anatomo-pathologique ; par M. Lamy. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1893, nos 2, 3, 4 et 5.)

Cette étude date de 1892, depuis cette époque des recherches dans le même sens, poursuivies par d'autres auteurs, ont confirmé plusieurs données cliniques et surtout anatomiques, avancées par M. Lamy.

1° *Anatomie pathologique*. — Elle est basée sur l'examen de trois cas d'origine certainement syphilitique, avec autopsie.

1re *observation*. — Homme, cinquante ans, syphilis un an avant l'apparition des accidents médullaires. Paraplégie flasque à début subit et sans douleur, participation des sphincters. Mort subite dix-neuf jours après le début de la paraplégie. — A l'autopsie : pas de lésion visible à l'œil nu. Au microscope, les méninges pie-mère et arachnoïde sont, dans toute la hauteur de la moelle, infiltrées de cellules à gros noyaux se colorant vivement, cellules embryonnaires. Ces cellules sont surtout abondantes autour des capillaires et dans les parois des veines, les artères de calibre en sont dépourvues. En certains points des méninges et des parois vasculaires, elles forment des nodules par leur agglomération, et au centre, il n'est pas rare de trouver une cellule géante polynucléaire. Dans beaucoup de veinules, l'infiltration embryonnaire a amené l'oblitération du vaisseau.

La moelle, elle, n'est atteinte qu'à la région dorsale. L'infiltration embryonnaire s'est manifestée par places, comprimant et détruisant les éléments nobles. — Ceci concorde avec le principe généralement admis, à savoir que les néoformations syphilitiques ont

leur origine dans le tissu conjonctif ou dans ses équivalents, les éléments nobles des tissus s'atrophiant consécutivement.

2e *observation.* — Homme, vingt-six ans; alors que la syphilis est ancienne de un an, paraplégie complète qui se développe en sept jours, flasque d'abord, elle s'accompagne de contracture au bout de trois mois. Rétention d'urine. Eschare sacrée, infection septique et mort un an et demi après le début de la paraplégie.

Autopsie. — Lepto-méningite scléreuse diffuse. A la moelle, sclérose névrosique avancée, disposée en îlots autour des petits vaisseaux, ou en bandelettes, contre les travées conjonctives. Dans les méninges et dans la moelle, péri-artérites et péri-phlébites. La disposition des îlots scléreux de la moelle démontre l'origine vasculaire de ceux-ci. — Tout porte à croire que ces lésions sont des lésions identiques trouvées dans la première observation, mais arrivées à une période plus avancée de leur processus évolutif. En effet, chez le premier sujet, la mort a interrompu le processus presque au début de celui-ci.

3e *observation.* — Il s'agit d'une syphilis qui date de huit ans et qui s'est toujours accompagnée de céphalée vive, de rachialgie et d'ictus apoplectiques. La paraplégie est apparue en même temps que quelques troubles céphaliques comme le strabisme qui, eux, furent transitoires. Exagération des réflexes tendineux et mort par maladie intercurrente, érysipèle. — L'*autopsie* montre des lésions autres que celles notées chez les deux sujets précédents. Il y a un effet pachy-méningite, avec épaississement ou adhérence intime des trois enveloppes de la moelle, en arrière et aux régions supérieures du rachis. La moelle est également envahie par la sclérose aux mêmes endroits, et, sur les coupes, on constate que la moitié postérieure est fortement sclérosée et atrophiée.

Ces trois autopsies font voir que dans les myélopathies, il existe toujours une méningo-myélite diffuse avec altération constante des vaisseaux nourriciers de la moelle, et que le processus anatomique débute toujours par les vaisseaux.

On peut établir deux grandes classes de ces méningo-myélites : dans l'une, la pie-mère et l'arachnoïde, sont seules atteintes, dans l'autre, les trois méninges sont prises simultanément. — A noter qu'il y a souvent participation à l'affection des méninges de la base du cerveau, ce que la clinique fait, du reste, prévoir (exemple, la 2e observation). — Au cerveau, on décrit une méningite et une artérite syphilitiques, on ne peut établir cette même indépendance pour la moelle. Dans la myélite syphilitique, il y a toujours coexistence de la méningite et de l'artérite, mais ces deux éléments morbides peuvent se manifester avec une importance réciproque très inégale. — A remarquer enfin que les lésions veineuses apparaissent les premières et qu'elles restent ordinairement, dans la suite, toujours plus prononcées que les lésions artérielles.

Comme conclusion : On ne peut pas encore, au point de vue des lésions, différencier d'une façon précise les méningo-myélites syphilitiques des mêmes affections vulgaires, mais on peut regarder comme acquis qu'il existe dans les premières des caractères spécifiques assez tranchés, communs à la vérité à la syphilis et à la tuberculose, ainsi les granulations embryonnaires avec cellule géante centrale, ainsi les foyers gommeux microscopiques des méninges et des vaisseaux (exemple, la 1re observation).

II. *Clinique.* — Des trois observations inédites et détaillées qui précèdent, ainsi que d'autres observations assez nombreuses et successivement relatées, l'auteur tire les données cliniques suivantes : Les formes les mieux caractérisées de méningo-myélites syphilitiques présentent deux périodes. La première qui correspond à la localisation de la syphilis sur les méninges seules, c'est la période prodromique, est caractérisée par des troubles de la sensibilité, la rachialgie syphilitique de Charcot, et par des accidents cérébraux moins constants, comme la céphalée, les paralysies oculaires. La seconde période, celle des lésions médullaires, est constituée par des paralysies à formes diverses. La plus commune est la paraplégie spasmodique générale incomplète, avec participation des sphincters. Une telle paraplégie répond cliniquement à la myélite transverse. On l'en distingue jusqu'à un certain point, non par les symptômes du moment, mais par ceux de la période prodromique, c'est-à-dire que, quand la période prodomique a existé, il y a forte présomption en faveur de l'origine syphilitique de l'affection. — Il existe une autre forme de méningo-myélite syphilitique très grave et rapidement mortelle, elle survient en général dans les premiers temps de la syphilis, elle est caractérisée par une courte et vague période prodromique et par les symptômes de la myélite centrale aiguë.

DEC 21 1897 LIBRARY

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE.

I. Examen de seize cranes de femmes, dont douze criminelles et une suicidée ; par P. Nœcke. (*Archiv f. Psychiat.*, XXV, 1.)

Il est probable, dit l'auteur, que les femmes normales, comparées aux femmes aliénées et criminelles, avaient une capacité moyenne du crâne supérieur. Anomalies osseuses correspondantes, permettant de conclure que les cerveaux contenus dans les boîtes en question n'étaient point normaux, et que bonne partie

de ces criminelles présentaient très probablement des anomalies psychiques, ce qui exclut d'ores et déjà le type du reste impossible à établir d'après la variété des irrégularités constatées. Ce sont, en somme, crânes d'aliénées. Si l'on serre de près l'examen des crânes des douze criminelles, on note une série de troubles pathologiques indiquant une vie cérébrale morbide. Quant aux signes de l'atavisme, il faut se montrer très prudent. (Widersheim, Rauke.) D'ailleurs, la plupart des criminels et des criminelles sont des prolétaires ayant subi, plus que toute autre classe sociale, toute sorte de troubles de nutrition et l'action des excès de mille espèces; peinant depuis l'enfance, ils ont essuyé les éléments nocifs que l'on sait. P. K.

II. Contribution a l'étude médico-légale de la pyromanie; par le Dr Camuset.

Discussion intéressante à propos d'un cas de médecine légale sur lequel l'auteur a eu à faire un rapport. Il s'agit d'un héréditaire vésanique, non névrosé, mais d'un tempérament nerveux, faible d'intelligence, émotif, orgueilleux, haineux, hypocrite et malfaisant dès son enfance. A seize ans, il se met à allumer des incendies sous l'influence de colères toujours peu justifiées. A propos de rien, il devient furieux, mais il se contient et dissimule son ressentiment. Seulement l'idée de se venger surgit dans son esprit et, immédiatement, il la met à exécution, il incendie la propriété de son ennemi, puis, comme font toujours ces sortes d'incendiaires, il appelle au secours, il aide à arrêter le feu et il s'arrange de façon à écarter tous les soupçons.

L'identité est complète, dit M. Camuset, entre un tel individu et un fou moral ou criminel. Ces individus anormaux, dégénérés, déséquilibrés, instinctifs, étant considérés comme n'ayant qu'une responsabilité limitée, on leur applique, en général, une pénalité atténuée ; ce qui paraît à l'auteur un usage illogique.

On admet que dans cette lutte, dont on admet la réalité du *moi*, contre les instincts mauvais, la crainte du châtiment est, chez ces individus, le facteur le plus puissant dans le sens du bien. Les autres mobiles qui agissent dans le même sens chez les sujets normaux (sentiment du devoir, crainte du déshonneur, etc.) manquent chez eux ou sont rudimentaires. Il faut donc accroître le plus possible chez les dégénérés criminels la crainte du châtiment qui est, à peu près, le seul élément au moyen duquel on peut agir sur leur détermination, et pour ce faire, au lieu de leur appliquer une pénalité atténuée, sous prétexte que leur responsabilité est partielle, il faudrait, au contraire, en bonne logique, accroître pour eux la pénalité ordinaire. (*Annales Médico-Psychologiques*, décembre 1893.) E. B.

III. Alcoolisme reconnu en justice comme cause d'irresponsabilité; par Norman Kerr.

L'auteur rapporte plusieurs cas de procès récents pour homicide, infanticide et délits moindres commis sous l'empire du délire alcoolique, et où les juges anglais acquittèrent l'auteur comme ayant agi sous l'empire du délire alcoolique. Dans ces cas, on sait que le prévenu peut être interné *during her Majestys pleasure*, dont il n'existe pas chez nous d'équivalent. (*The Alienist and Neurologist*, XIV, 93, n° 4.) A. Marie.

IV. Allégations de folie dans les affaires criminelles; par MM. Springthorpe et Müller.

On a longtemps professé la théorie qu'un criminel ne pouvait être excusé pour cause de folie, si ce n'est que lorsque cette folie le faisait ressembler à une bête. Les progrès de la médecine aliéniste ont avancé aujourd'hui la question.

Parmi les décisions prises à propos de l'affaire de Mac Naughten, la plus importante était celle-ci : un homme sujet à des hallucinations, mais autrement sain d'esprit, doit être traité comme si ces hallucinations étaient des faits réels et sa conduite jugée en conséquence. C'est-à-dire que si un homme croit qu'on lui doit cinq francs, on l'excusera d'essayer par tous les moyens rationnels et légaux de rentrer en possession de son argent.

C'est une grave erreur : comment un homme qui est fou pour certaines choses, jouirait-il pour toutes les autres d'une raison parfaite ?

Une autre erreur fut commise par les juges dans ce cas de Mac Naughten; ils établirent que c'est l'action qui prouve la folie. Non, une action folle en apparence peut être commise sous l'influence momentanée d'une passion alors que la personne est parfaitement saine d'esprit.

Aspect légal de la question : La loi définit la folie « une manière de se conduire » et non « une maladie du corps ou de l'esprit ». La loi punit les actes, non les causes des actes; la société se protège, et son seul moyen de protection est de punir les actes qui lui portent préjudice. Comment déterminer si le criminel a obéi à une impulsion irrésistible ou à une impulsion à laquelle il n'a pu résister? Le jury doit, dans ce cas, décider sur le rapport des médecins. Pour ce qui concerne l'alcoolisme ou l'ivresse, l'homme qui, volontairement, s'est mis dans un état où il peut, à son insu, commettre des crimes, doit être considéré comme responsable.

Aspect médical de la question : Il est faut de juger la folie d'après la conduite, comme le fait la loi. Il est faux de dire : un

homme sain d'esprit agit de telle façon, l'accusé a agi de cette façon, donc il est sain d'esprit. Il faut d'autres moyens pour juger un homme fou ou raisonnable.

En somme, on ne peut pas établir *a priori* de moyens de reconnaître la folie et par suite la responsabilité. Il est absurde, injuste, d'établir une législation qui prévoit les cas où l'accusé sera déclaré responsable ou irresponsable : c'est au médecin seul à se prononcer.

Procédure légale : Pour que le témoignage du médecin ait du poids, il faut que le médecin-expert soit reconnu compétent. Le meilleur moyen serait d'avoir un certain nombre de médecins assermentés, assesseurs des juges et prononçant dans tous les cas.

Conclusion : La folie doit être considérée par la loi, non pas comme le résultat de la conduite, mais comme une maladie du cerveau. C'est au jury de décider d'après le témoignage du médecin.

On poserait au jury les deux questions :

1° L'accusé a-t-il la maladie du cerveau qui est la folie ?

2° Le crime est-il le résultat de cette maladie ?

Les questions sont simples ; les difficultés naîtraient seulement des complications particulières à chaque cas. (*American journal of insanity*, 1893.) E. B.

V. Rapport médico-légal sur l'état morbide du mécanicien de locomotive W. B. mis hors de service ; par H. Oppenheim. (*Archiv f. Psychiat.*, XXV, 1.)

Conclusions. — Le mécanicien en question est atteint d'une affection du système nerveux entièrement imputable à l'accident de décembre 1886. Il y a eu, selon toutes probabilités, lésion des racines spinales de la queue du cheval ; cette lésion, déjà améliorée en décembre 1888, a terminé son évolution, mais elle a laissé après elle des troubles fonctionnels. Les symptômes nerveux généraux ont été produits directement ou indirectement par le même accident. Il n'y a, ni actuellement ni antérieurement, dans le cours de la maladie, ni simulation ni exagération. P. K.

VI. Contributions casuistiques a la psychiatrie médico-légale ; par E. Siemerling. (*Archiv f. Psychiat.*, XXV, 2.)

Observation I. Tentative de meurtre. Folie systématique chronique. C'est bien actuellement du délire de persécution (*paranoïa* chronique) c'est-à-dire d'une des formes de la folie systématique (*Verrücktheit*) [1], mais à début anormal parce qu'il s'est développé chez un dégénéré alcoolique.

[1] Voir *Archives de Neurologie*. Terminologie.

Observation II. Meurtre. Obtusion mentale d'origine épileptique; Impudicité, hallucinations, violences. P. K.

VII. Note médico-légale a propos d'un incendiaire, par le Dr Derode. (*Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belg.*, juin 1893.)

L'étude des facultés mentales de certains incendiaires et la détermination de leur degré de responsabilité constituent l'un des problèmes les plus difficiles de la médecine légale des aliénés. Il n'est pas rare de voir certains idiots ou imbéciles allumer des incendies par suite d'un entraînement instinctif dont il est impossible de se rendre compte. Cette impulsion morbide des imbéciles et des idiots est bien différente du délire partiel monomaniaque. La pyromanie est une forme de la folie impulsive. L'existence de ce délire instinctif, de cette attraction unique et irrésistible dans une intelligence d'ailleurs saine, si elle existe, est un fait excessivement rare.

Plus souvent, il s'agit d'épileptiques ou d'alcooliques. Sans provocation et sans aucun motif de haine, on voit ceux-ci allumer des incendies comme on les voit se livrer sur le premier passant venu à des actes de brutalité ou de violence dont ils n'ont pas conscience.

Il peut arriver aussi que l'incendiaire ait agi sous l'influence de conceptions fausses, d'un délire plus ou moins systématisé. Mais à côté des incendiaires qui agissent sous l'influence d'un délire défini ou de ceux qui, obéissant à une impulsion irrésistible et inexplicable, incendient sans motif ni raison, il existe une catégorie d'individus qui allument des incendies pour un motif très futile, mais suffisant néanmoins pour expliquer leur mauvaise action. Les auteurs s'accordent généralement à ranger ces incendiaires dans la grande classe des dégénérés, des héréditaires vésaniques.

Ces préliminaires posés, M. Derode relate l'observation d'un dégénéré qui tenta, sans motif sérieux, de mettre le feu à la maison de son oncle, et en faveur duquel il rédigea un rapport médico-légal dont l'accusé a bénéficié, car il n'a été condamné qu'à une peine très légère. G. D.

VIII. Du restraint mécanique dans le traitement des aliénés; par Clark Bell.

C'est une vaste enquête entreprise au sujet des arguments pour ou contre le restraint ainsi que sur ses principaux partisans en Amérique et Grande-Bretagne, avec en regard les résultats obtenus dans les asiles, d'une part ceux où on applique le no-restraint, de l'autre ceux dont les médecins en sont adversaires.

Hâtons-nous d'ajouter qu'en dépit de plaidoyers fort habiles, entre autres celui du Dr Yellowlees, l'avantage reste aux partisans du no-restraint; signalons entre autres un exposé du Dr Robertson d'Édimbourg et une lettre de Mme Alice Bennett, médecin-directrice de l'asile public de Norriston, enfin celles des Drs Brice et William Orange, qui n'admettent le restraint que dans certains cas d'interventions chirurgicales ou d'appareils et pour certains cas de tendances au suicide et aux mutilations. (*Medico-legal Journal*, v. X, n° 1.) A. MARIE.

IX. DU SECRET PROFESSIONNEL; par Albert BACH.

Étude d'actualité en Angleterre comme en France à cause des récentes prescriptions relatives aux déclarations de maladies épidémiques, obligation nécessitée par l'intérêt général, mais difficile à concilier avec l'intérêt personnel du client.

La question des assurances sur la vie et du secret professionnel du médecin vis-à-vis des compagnies est également abordé. L'auteur considère que le principe du secret professionnel doit prévaloir et que l'intérêt du client doit l'emporter pour le praticien sur l'intérêt commun. (*Medico-legal Journal*, v. X, n° 1.)

A. MARIE.

X. MALADIES DU LANGAGE ET LOCALISATIONS; par Will. STRUTHERS.

L'auteur, admettant la dualité fonctionnelle des hémisphères, développe l'hypothèse du rôle de l'hémisphère droit comme siège des mémoires de tous ordres, enregistrées par région selon les combinaisons d'images correspondantes aux localisations symétriques. (*Medico-legal Journal*, v. X, n° 1) A. MARIE.

XI. L'AFFAIRE YARROW; par Wood RENTON.

Cas d'une femme adultère contre laquelle une demande en divorce fut faite et qui était aliénée au moment de l'acte incriminé. Le divorce fut admis, par suite, la femme reconnue responsable bien qu'aliénée. (*Medico-legal Journal*, X, n° 1.)

A. MARIE.

XII. L'AFFAIRE HANBURY; par Wood RENTON.

Procès en sévice et adultère contre le mari pour lequel fut invoquée la *folie circulaire*, mais le jugement repoussa l'argument « le terme étant inconnu aux juges et aux jurés et leur paraissant inventé pour la circonstance » ! (*Medico-legal Journal*, X, n° 2.)

A MARIE.

XIII. L'AFFAIRE MAC-NAGHTEN; par Clark BELL.

Rappel du procès de meurtre par un persécuté de ce nom qui poursuivait Robert Peel, en 1843. Ce procès fit époque en Grande-Bretagne en ce qu'il aboutit à un acquittement tellement retentissant que la Chambre des Lords fit une sorte d'appel à tous les juges du royaume pour savoir s'il n'y avait pas lieu de rendre la loi pénale applicable dans ces cas de crime causé par la folie. (*Medico-legal Journal*, X, 3.) A. MARIE.

XIV. DU TÉMOIGNAGE DES MOURANTS; par Clark BELL.

L'auteur s'occupe de ces désignations *in extremis* de l'auteur d'un meurtre par exemple. Il signale les réserves expresses qu'il y a lieu de faire sur ce point et les hypothèses variées que la loi peut avoir à examiner (folie de l'auteur de la dénonciation, erreurs, perversion). (*Medico-legal Journal*, X, n° 3.) A. MARIE.

XV. MALPRACTICE; par Clark BELL.

De la responsabilité du médecin ou chirurgien traitant, relativement aux dommages pouvant résulter d'un traitement intempestif ou mal dirigé par négligence ou ignorance. L'auteur admet cette responsabilité même pour les incapacités de travail, les pertes de temps et d'argent résultant d'un traitement contre-indiqué, bien entendu en dehors des imprudences ou négligences possibles du malade lui-même. (*Medico-legal Journal*, X, 4.) A. MARIE.

XVI. EXAMEN MICRO-CHIMIQUE DU SANG; par Joseph JONES.

Dans un cas de meurtre, l'expert eut à examiner les taches d'un couteau et celles d'un livre. Il conclut à l'origine humaine du sang examiné.

Dans le numéro précédent, deux études sur la question, l'une de Marshall EWELL, *Etude micrométrique des globules sanguins à l'état de santé ou de maladie.*

L'autre de Clark BELL, *Recherche du sang en médecine légale.* Cette dernière très documentée avec tableaux et figures nombreuses. (*Medico-legal Journal*, v. X, 3.) A. MARIE.

XVII. L'EVOLUTION DE LA JURISPRUDENCE POUR LA RESPONSABILITÉ DES ALCOOLIQUES; par le Dr Clark BELL.

Après avoir tout d'abord considéré l'état d'alcoolisme au moment du crime comme une aggravation, on l'a envisagé comme cause d'atténuation de responsabilité, puis on l'a graduellement iden-

tifié à une psychose. Il en résulte des inconvénients en ce que l'alcoolisme invétéré appelle des mesures différentes de celles appliquées à l'aliénation simple. L'assistance devrait être doublée pour eux de mesures restrictives spéciales rappelant le régime des aliénés criminels anglais. (*Medico-legal Journal*, X, 1.) Dans le même sens l'*Aliéné criminel*, par GRAHAM (*Medico-legal Journal*, X, 2), conclut au minimum d'internement de dix ans pour l'aliéné alcoolique homicide. A. MARIE.

XVIII. RESPONSABILITÉ CRIMINELLE DES PARALYTIQUES GÉNÉRAUX AU DÉBUT; par Frank PARSONS.

L'auteur appelle l'attention sur la fréquence des délits commis dans la période préparalytique ou de dynamie fonctionnelle. Ces cas bien que topiques, trop souvent méconnus par les juges, appelleraient un sursis au jugement et un examen médical ou même une observation préalable spéciale. (*Medico-legal Journal*, X, n° 3.)
A. MARIE.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

XXIVe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ DES ALIÉNISTES DE L'ALLEMAGNE DU SUD-OUEST

SESSION DE KARLSRUHE.

Séance du 5 novembre 1892[1]. — PRÉSIDENCE DE M. LUDWIG.

De l'importance et de l'emploi de l'hydrothérapie chez les agités. Rapporteurs : MM. FUERSTNER et FÉDBAUSCH. — Voici les conclusions proposées par les deux rapporteurs qui sont à peu près d'accord sur l'ensemble : 1° la valeur de l'hydrothérapie scientifique sous la surveillance de médecins compétents est incontestable dans le traitement des aliénés; 2° mais il faut qu'au préalable on ait soigneusement examiné leurs organes; 3° on a également à tenir compte de particularités quant au mode de réaction individuelle de grand nombre d'entre eux; 4° tandis que l'eau chaude con-

[1] Le retard de cette publication est dû à la mort de M. Schœnthal.

vient exclusivement sous la forme de grands bains, l'eau froide peut être utilisée en frictions, enveloppements, affusions, douches, bains partiels ou bains généraux; 5° l'eau chaude sera employée en grands bains de 26, 28, 30° de 10, 15, 20 minutes de durée ou en bains prolongés suivant le cas. On n'emploiera qu'à titre exceptionnel des bains plus chauds ou plus prolongés ; car les résultats obtenus par leur emploi ne sont pas en rapport avec les difficultés qu'entraîne leur administration; 6° l'action du grand bain chaud est triple ; il calme, appelle le sommeil, active les échanges nutritifs. Il contribue à l'entretien de la peau et à l'hygiène notamment chez les gâteux, les agités ou les malades atteints de lésions organiques; 7° le grand bain chaud est indiqué dans toutes les psychoses fonctionnelles aiguës; il agit favorablement dans les psychopathies dépressives, surtout quand les malades présentent en même temps de la déchéance somatique. Le bain chaud rend également de grands services dans les psychoses d'origine organique, et, au premier chef, dans la paralysie générale; l'action congestive qu'il peut exercer sera efficacement combattue par l'application simultanée de compresses froides sur la tête du malade; 8° on s'abstiendra de prescrire le bain chaud chez les malades qui montrent pour lui une répulsion opiniâtre, extrême et continue, qui se raidissent contre son administration; on n'insistera pas non plus quand (ce qui d'ailleurs est exceptionnel) l'aliéné qui sort du bain est plus anxieux ou plus agité qu'avant; 9° l'hydrothérapie froide agit le plus souvent d'une façon défavorable dans les psychopathies dépressives, surtout à la période aiguë de celles-ci, et tout particulièrement chez les malades dont la nutrition est vicieuse. Si l'on prescrit l'eau froide sans tenir compte de l'état général des organes, si, par engoûment ou par système, pour obéir à la mode empirique, on soumet en masse les malades à l'entraînement de Kneipp, on nuit plutôt à l'évolution de la maladie mentale dont on risque, pour le moins, de prolonger la durée de beaucoup. On est alors d'autant plus nuisible que la prescription en a lieu au stade initial de la psychopatie, et qu'en outre, par ces pratiques, on réduit l'apport nutritif; 10° il faut être particulièrement circonspect quand on se propose de traiter à l'eau froide les paralytiques généraux. On leur évitera les affusions, et les douches, surtout sur la tête; ce traitement exagère l'excitabilité et la tendance à l'agitation et paraît favoriser les attaques congestives; 11° on obtient souvent de grands avantages de l'enveloppement du corps entier dans le drap humide et froid pour traiter l'agitation, par exemple, chez les maniaques, chez les malades vigoureux et jeunes qui sont affectés de psychopathies postépileptiques, et d'une façon générale dans les formes morbides qui procèdent par de l'hyperthermie; 12° les frictions froides, les affusions sur le corps, sans y comprendre la tête, sont à leur place dans les stades avancés des psychoses

fonctionnelles, notamment quand l'évolution de la maladie prend un caractère traînant; ces procédés sont surtout indiqués lorsqu'on a affaire à un état d'affaiblissement imminent du système nerveux central; ils relèvent la force de résistance des malades; on les emploiera notamment dans la neurasthénie, l'hypocondrie, chez quelques convalescents, ou encore, à titre prophylactique, chez les sujets à hérédité vicieuse; 13° l'enveloppement partiel à l'eau froide rend fréquemment de bons services lorsqu'on veut combattre les sensations anormales, surtout celles qui sont circonscrites ; la serviette froide appliquée sur le thorax convient, par exemple, dans l'angoisse. Les bains froids partiels et en particulier les bains de pieds diminuent les sensations anormales de la tête, notamment la sensation de compression céphalique; 14° les affusions et les douches amélioreront certains gâteux; mais c'est au médecin seul qu'appartient la prescription et l'application de ce moyen de traitement. L'eau froide aidera également à combattre la masturbation; 15° les bains froids généraux, les bains froids de rivières et de mer sont indiqués pour renforcer le système nerveux central. La réaction des individus est d'ailleurs très variable et échappe à toute prévision ; aussi conseillera-t-on de commencer par des bains très courts.

Discussion : M. Krœpelin. — Les *bains chauds prolongés*, de plusieurs heures, chez les agités et dans les psychoses aiguës n'ont aucun désavantage pourvu que, par précaution, l'on administre de petites doses d'alcool avant et après les bains. On obtient fréquemment ainsi un calme de plusieurs heures. M. Stark préfère un bain chaud d'une demi-heure au maximum, en le répétant, au besoin, deux fois par jour.

M. Fuerstner. — Il est difficile de maintenir si longtemps dans le bain des agités, la surveillance du médecin est, en tout cas, de rigueur. Ceux qu'on peut le mieux soumettre à ce régime, ce sont les mélancoliques anxieux et les malades affaiblis par une maladie physique antérieure.

MM. Sioli et Schuele prolongent aussi la durée du bain chaud pendant une heure. — M. Krœpelin se passe de bains quand il a affaire à des malades tout à fait récalcitrants. Il s'abstient et l'on doit absolument s'abstenir des *baignoires à couvercles*.

Conclusion 6. — M. Krœpelin regrette que les rapporteurs n'aient pas fait mention des *bains permanents chauds* pour le traitement des *accidents gangréneux du décubitus*. — M. Dittmar. — Les grands bains chauds ne font pas dormir.

Conclusion 9. — M. Fuerstner, sur le désir de M. Schuele, explique que sous le nom d'hydrothérapie froide (*Kaltwasserproce duren*) il entend parler des moyens d'administrer l'eau de source froide.

M. Schuele. — Et l'emploi de l'eau à la température moyenne de 22°? Faut-il le proscrire?

M. Fuerstner. — L'eau à 22° n'est pas de l'eau froide.

MM. Kreuser, Wildermuth, Stark et Kirn confirment la condamnation prononcée par M. Fuerstner contre le système de Kneipp dans le traitement de l'aliénation mentale, surtout au début, et dans celui de la neurasthénie. — *Adoption unanime de la conclusion* 10.

Conclusion 11. — M. Schuele pratique l'enveloppement à l'eau froide dans la manie et dans la folie systématique aiguë quand la fièvre est peu élevée; il en obtient de bons résultats.

Conclusion 13. — M. Binswanger combat avec succès les sensations anormales en appliquant sur l'abdomen des compresses de Priessnitz; c'est un moyen qui a encore l'avantage de provoquer le sommeil, mais il augmente l'angoisse.

Conclusion 15. — M. Binswanger recommande les bains des lacs intérieurs; dans le lac de Constance on baigne beaucoup de malades y compris les paralytiques généraux, sans que, jusqu'à ce jour, on en ait relaté d'inconvénients. Mais quand il s'agit de bains de mer, il faut se montrer très prudent. — M. Fuerstner. — Les grands asiles pourraient au besoin construire des écoles de natation. — M. Stark. — A Stephansfeld on utilise depuis neuf ans un bain froid libre.

Le congrès insiste sur la nécessité d'être très circonspect à l'égard des bains de mer chez les neurasthéniques; le séjour au bord de la mer est bien plus utile pour eux.

M. Fuerstner. — En somme, nous sommes tous à peu de chose près d'accord sur les indications de l'hydrothérapie et de la balnéothérapie en pathologie mentale. Mais il est évident que la précision nous fait à tous défaut. Les renseignements bibliographiques sont sur ce sujet épars et rares; et encore ne les trouve-t-on pas dans les recueils de psychiatrie. Il faut espérer que l'avenir améliorera cet état.

M. Rieger. *La psychiatrie et l'étude de la médecine.* — L'orateur propose d'adresser une pétition aux Etats qui ont déjà fait tant de sacrifices pour l'enseignement de la psychiatrie, c'est-à-dire à la Bavière; au Wurtemberg; au duché de Bade; à la Hesse et à l'Alsace-Lorraine; afin de les prier d'agir dans le conseil fédéral et auprès du ministre, dans le but de faire introduire les matières de la médecine mentale au nombre des épreuves d'examen. — *Adopté.*

M. Kræpelin. *Délimitation de la paranoïa.* — L'orateur propose de n'appeler de ce nom que les cas dans lesquels il y a formation d'un délire systématique chronique, incurable, stable, implanté sur une assise constitutionnelle. On en exclura par conséquent le

délire systématique que beaucoup d'auteurs qualifient de *Wahnsinn* ou de *Wahnsinn* aigu ou encore de paranoïa aiguë curable. On en exclura aussi les observations dans lesquelles il y a délire plus ou moins cohérent, à début aigu ou subaigu, délire qui témoigne simplement d'une profonde débilité mentale préexistante ainsi que le montrent le décousu et l'incohérence des conceptions délirantes ; ces cas et d'autres modalités plus ou moins semblables devront être rangés dans l'hébéphrénie.

Discussion : M. Fuerstner. — Jamais on n'a eu l'intention de ranger dans la paranoïa l'amentia. Mais qu'est-ce que signifie le terme de constitutionnel? Comment M. Kræpelin appellera-t-il la paranoïa hallucinatoire aiguë des alcooliques?

M. Kræpelin. — On désigne aujourd'hui encore fréquemment l'amentia du nom de paranoïa hallucinatoire aiguë. Quant aux modalités hallucinatoires aiguës de Fuerstner, ce sont du Wahnsinn. L'épithète constitutionnel désigne un processus pathologique existant à l'état latent chez l'individu et se développant, sans coup férir, lorsque les facultés mentales se développent.

M. Kirn.— Il y a des cas de paranoïa aiguë qui deviennent chroniques et ressemblent exactement à ceux qui sont chroniques d'emblée. — M. Kræpelin. — Généralement la paranoïa à début aigu ou subaigu guérit ou se termine par la démence, mais ne devient pas chronique.

M. Vorster. *État du poids spécifique du sang chez les aliénés.* — L'auteur a étudié la densité d'après le procédé du pyknomètre capillaire de Schmalz — et l'hémoglobine à l'aide de l'hématotomètre de Fleischl.

Il a examiné 116 aliénés (105 hommes et 11 femmes) à l'âge moyen de la vie. Dans la mélancolie, la manie périodique, le délire systématique aigu, on constate, à la période d'acmé de la maladie, une diminution de la densité, et de l'hémoglobine. Celles-ci se relèvent avec le poids du corps, quand commence la guérison. Chez un malade atteint de *delirium tremens* on constata, à la suite d'une période d'agitation de quatre jours, que pendant vingt jours, le poids spécifique remonta de 1,052 à 1,061 et l'hémoglobine de 85 à 95 p. 100, tandis que le poids du corps regagnait neuf livres. Mais il faut réserver une place à part aux mélancoliques ; car au début on constate souvent une ascension considérable des deux éléments du sang (densité. hémoglobine) ; la dépression, lorsqu'elle est grave, arrête la circulation.

Chez les paralytiques généraux, tandis que progresse la déchéance, la densité et l'hémoglobine baissent. Chez une paralytique générale à marche aiguë, la densité s'abaissa à 1,046, l'hémoglobine à 65 p. 100. Une attaque congestive fit remonter la densité de 1,057 à 1,062 et l'hémoglobine de 85 à 95 p. 100 ; en deux

jours on redescendit aux chiffres qui étaient notés avant l'attaque congestive.

A la suite d'attaques d'épilepsie grave, il y a d'ordinaire augmentation évidente de la densité et de l'hémoglobine. Les épileptiques, à l'âge moyen de la vie, qui ont pendant des années pris du bromure, ont une densité supérieure à celle des épileptiques qui n'en prennent point ou n'en prennent que depuis peu. Voici un exemple : un épileptique prenant depuis onze ans du bromure, a, une demi-heure avant une attaque grave, un poids spécifique de 1,067 — une proportion d'hémoglobine de 110 p. 100 — un nombre d'hématies de 8,360,000.

Voici, par contraste, une démente de trente-neuf ans, atteinte de maladie de Basedow : le poids spécifique est de 1,031 — la proportion d'hémoglobine de 22 p. 100 — le nombre des hématies de 1,844,000. Il est vrai que ce sont les chiffres les plus faibles qu'on ait relevés.

Discussion : M. Sommer. — Quelles sont les formes de mélancolie où l'on ait constaté les chiffres les plus élevés? — M. Vorster. — La mélancolie stupide.

M. Sommer. — La physiologie expérimentale a-t-elle, par l'exercice exagéré, par exemple, pu réaliser des phénomènes semblables?

M. Vorster. — Non. D'autant plus qu'il me paraît difficile que l'on puisse dépenser une énergie aussi vive et aussi continue que les aliénés en dépensent pendant une période d'agitation. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie* L. 5.) P. Keraval.

Séance du 6 novembre 1892. — Présidence de M. Fuersnter.

Le Congrès se réunira l'an prochain (1893) à Kalrsruhe. On y traitera officiellement les questions suivantes : 1° *Des quartiers de surveillance continue.* Rapporteurs : MM. Kræpelin et Sioli ; 2° *des visites des parents dans les asiles d'aliénés.* Rapporteurs : MM. Schuele et Dittmar.

Du nombre des cellules nécessaires dans les asiles publics de traitement et d'hospitalisation d'aliénés ; de leur mode de construction et d'installation le plus convenable. Rapporteurs : MM. Ludwig et Kreuser. — Voici les conclusions proposées :

1° Un asile public du genre choisi pour la question proposée, doi avoir une proportion de 10 p. 100 de chambres ou de locaux prot pres à isoler les malades. Mais si l'asile a plus de 500 malades, on peut lui en donner moins, bien que ce soient ces constructions qui en réalité permettent de recevoir rapidement de nombreux entrants; 2° la moitié à peu près de ces locaux d'isolement sera soli-

dement établie et groupée en un quartier spécial. Le reste sera de construction légère et disséminé dans les autres quartiers de l'établissement; 3° chaque local de cette espèce aura une superficie de 12 à 15 mètres carrés, et cubera 50 à 60 mètres; 4° nécessité de la ventilation artificielle; 5° le chauffage central est à souhaiter; 6° on les pourvoira de larges fenêtres dont le quart ou le tiers mobiles; 7° il est indispensable qu'on dispose d'appareils propres à éclairer ces locaux du dehors pendant la nuit; 8° on installera un système de portes solides, s'ouvrant au dehors, rapidement et sûrement, à plusieurs serrures. Il sera bon d'avoir de doubles portes; 9° on n'oubliera pas le guichet ou toute autre baie d'observation; 10° Les parois devront êtres résistantes, faciles à laver ou à désinfecter; 11° la planche sera en bois dur; 12° utilité des sièges fixes des latrines dans les cellules; 13° un mobilier fixe est tout à fait inutile.

Discussion : Il résulte de cette discussion à laquelle prennent part MM. Fuerstner, Stark, Krœpelin, Kreuser et Rieger qu'il est impossible de tomber d'accord sur un type de cellules, pas plus que sur un nombre centésimal régulier, parce que c'est une question dans laquelle interviennent des facteurs d'une extrême variété (Fuerstner).

M. A. Hoche. *De la méningite cérébro-spinale; présentation de préparations.* — Il s'agit d'une femme grosse de trente-quatre ans, arrivée au sixième mois de sa grossesse; il existe chez elle tous les accidents de l'éclampsie y compris une albuminurie colossale. L'*autopsie* montre une méningite suppurée diffuse de tout le système nerveux central; l'organisme ne contient cependant aucun foyer qui puisse être tenu pour le point de départ de l'infection. On trouve dans le liquide cérébro-spinal le diplococcus de la pneumonie de Frænkel. Pas de microorganismes dans les vaisseaux artériels; quelques-uns dans les veines; diplococcus sans nombre dans les espaces lymphatiques de la pie-mère et de l'arachnoïde. C'est donc un *cas sporadique de méningite épidémique*, mais dont on ne connaît pas le mode de contamination.

M. G. Ilberg. *Le délire systématique hallucinatoire d'origine toxique* (Krœpelin). — Le délire systématique hallucinatoire (*Wahnsinn*) est une maladie caractérisée par des hallucinations sensorielles et des idées délirantes, sans trouble profond de la connaissance, à évolution, aiguë ou subaiguë, qui, tantôt guérit complètement soit après récidives, soit après avoir duré pendant quelques années, tantôt aboutit à un affaiblissement secondaire des facultés intellectuelles. Il faut le distinguer de la *confusion mentale* ou désordre dans les idées *hallucinatoires*, car les malades ne sont pas désorientés, ils reconnaissent les personnes, ruminent tout un chapelet interminable de conceptions délirantes cohérentes, sont hantés de perpétuelles hallucinations sensorielles et d'idées délirantes dé-

taillées, restent bien ordonnés et savent ce qu'ils veulent ; parfois ils ont conscience de leur maladie et en conservent le souvenir. Le délire systématique hallucinatoire aigu se distingue du *délire systématique chronique* (*paranoïa*) par la différence de la marche, de la terminaison, du début (étude de Krœpelin de 1886).

Il en existe des formes dues à des intoxications.

Le *délire systématique hallucinatoire alcoolique* est la principale. Il a pour facteurs les hallucinations de l'ouïe, et les idées de persécution. Il débute deux jours après l'ingestion de doses plus particulièrement exagérées d'alcool et éclate comme la foudre. Il dure trois semaines au plus dans les cas *aigus* — cessation brusque dès la première semaine — conscience de la maladie du cinquième au douzième jour, guérison absolue à la fin de la deuxième semaine. La forme *subaiguë* : les accidents aigus persistent une à six semaines — dès lors marche traînante, cessation graduelle des hallucinations, réforme des idées délirantes — tout est terminé en un mois et demi ou six mois. Le passage à la *démence secondaire* s'annonce par des troubles de la mémoire et du jugement, une conscience imparfaite de la maladie, une appréciation imparfaite ou exagérée ou égoïste de la personnalité ; réapparition des hallucinations au bout de quelques années. C'est dans les formes subaiguës qu'interviennent les prédispositions héréditaires ; les conditions vicieuses de la nutrition ; des incidents constituant autant d'éléments nuisibles individuels. On voit alors survenir des hallucinations multiples, des idées de culpabilité.

Le *délire systématique hallucinatoire morphinococaïnique* a pour symptômes : des illusions et des hallucinations de l'ouïe, de la vue, de la sensibilité générale, des idées de persécution hypocondriaques simples et complexes. Les hallucinations et les idées délirantes sont plus fréquentes et plus pernicieuses que dans le délire alcoolique génital et obscène. Les malades ont des idées de jalousie qui les minent; ils accusent de leurs persécutions des agents physiques tels que l'électricité, l'optique, la photographie, le magnétisme, l'hypnotisme. Humeur tantôt colérique et excitée, tantôt déprimée, défiante, hypocondriaque. Tendance à la dissimulation. Idées délirantes cristallisées persistant pendant toute la maladie. Grande agitation ; çà et là confusion mentale au moment de la surémotivité. Désordre des actes, souvent dangereux en rapport avec cet état mental. Accidents somatiques multiples; lassitude ; amaigrissement, vertiges, dyspnée, accélération du pouls, exagération des réflexes, tremblements musculaires, etc. La durée des accidents aigus dépend de la persistance avec laquelle le malade se pique à partir du moment où il a éprouvé la première hallucination. L'accès de délire est du reste curable. Mais le pronostic de la morphinomanie est mauvais.

M. Schœffer. *Contribution à la connaissance de l'action du sulfo-*

nal. — L'auteur a constaté dans l'urine des aliénés prenant du sulfonal de l'hématoporphyrine (hématine exempte de fer). En second lieu le sulfonal, surtout quand on en prolonge l'administration longtemps, tend à constiper, et cela d'une façon opiniâtre. C'est aussi l'avis de M. Fuerstner.

M. Sioli présente des *coupes du cerveau dans un cas de lésion du lobe occipital.* — Il y avait complète amaurose d'origine centrale ; la réaction pupillaire était conservée; il n'y avait pas d'atrophie des nerfs optiques. Comme il n'y avait pas de symptômes imputables à la base ni au trajet de la bandelette optique, on dut penser à une lésion des deux lobes occipitaux et, étant donné l'ancienneté des symptômes et l'âge de soixante ans de la malade, à un ramollissement de ces organes. Il y avait lieu de croire que toute la sphère visuelle du lobe occipital gauche était détruite et que, dans le lobe droit, une partie seulement de cette sphère était altérée.

Les choses en étaient là, quand on s'aperçut que la malade était incapable de reconnaître par le toucher les objets d'un usage journalier; elle énonçait nettement leur nom quand on lui disait à quoi ils servaient, ou quand elle pouvait en apprécier l'odeur ou le goût. D'après les expériences de Munk, on dut penser à la destruction d'une zone du lobe pariétal immédiatement contiguë au lobe occipital et plus particulièrement dans l'hémisphère droit qui préside de préférence aux fonctions de sensibilité. C'était une sorte de *cécité corticale du tact.*

L'autopsie révéla : la destruction complète du lobe occipital gauche par un ramollissement, y compris le coin, le lobule lingual et le lobule fusiforme ; le reste de l'hémisphère gauche était intact. Dans l'hémisphère droit, il y avait un ramollissement qui commençait immédiatement en arrière de l'extrémité postérieure de la scissure de Sylvius, détruisait le pli courbe et se continuait dans le lobe occipital.

Le trajet réel du ramollissement constaté dans l'hémisphère droit était le suivant. Dans la profondeur du sillon occipital supérieur commençait l'altération, elle gagnait la profondeur de la substance blanche et dissociait en partie la partie postérieure du *stratum sagittale* interne et externe; la destruction portait encore sur le pli courbe, pénétrait profondément, dissociait les fibres compactes de la couche sagittale interne et la moitié supérieure du forceps pour entraîner la dégénérescence secondaire de la couche optique. La substance blanche du lobule pariétal inférieur et du lobule pariétal supérieur était considérablement lésée. Intégrité des ascendantes. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiatr.* L. 5.) P. Keraval.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance du 28 mai 1894. — PRÉSIDENCE DE M. A. VOISIN.

Bustes de Baillarger et J. Falret. — M. VALLON, au nom de la commission du *buste Baillarger*, informe la Société que ce buste, œuvre du sculpteur Malherbe, est, dores et déjà, installé dans la cour de la Salpêtrière. La commission, après entente avec l'Administration de l'assistance publique, propose d'en faire l'inauguration solennelle, le 7 juillet prochain, à 4 heures du soir. On pourrait, en même temps, inaugurer le *buste de Jean-Pierre Falret* (par Ludovic Durand), qui, à la fin du mois de juin, sera transporté, du salon des Champs-Elysées où il se trouve actuellement, à la Salpêtrière.

La Société adopte les propositions de la Commission, à laquelle elle donne pleins pouvoirs pour organiser une cérémonie digne des deux illustres aliénistes dont elle veut honorer la mémoire.

M. JOFFROY propose de voter un crédit illimité pour les frais d'inauguration. La proposition est acceptée.

Attentat à la pudeur commis par un épileptique. — M. VALLON rapporte l'observation d'un individu ayant commis un attentat à la pudeur dans les circonstances suivantes :

X..., est un homme de quarante-trois ans, ne présentant, au point de vue physique, d'autre particularité qu'un léger degré d'asymétrie faciale. Il n'a pas d'antécédents héréditaires ; mais à six ans, il a fait une chute grave, et de plus il est sujet à des étourdissements. Un dimanche soir, il descend à la cave avec sa fille aînée; il était occupé à tirer du vin, quand tout à coup, il se relève brusquement, déboutonne son pantalon, sort sa verge et s'avance vers sa fille en lui disant : « Prends-la, prends-la. » L'enfant effrayée se met à crier. La mère, qui était au rez-de-chaussée, accourt et voit son mari debout la verge à la main, l'air hébété, répétant ces mots : « Prends-la, prends-la. »

Interrogé sur ces faits, X... me répond, avec toutes les apparences de la sincérité : « J'étais en train de tirer du vin, j'ai été pris d'un vif besoin d'uriner, je me suis levé. A ce moment j'ai eu un étourdissement comme j'en ai quelquefois ; que s'est-il passé alors ? Je n'en sais rien ou plutôt je ne le sais que par le récit qu'on m'en a fait. » Il ajoute que ce jour-là il avait bu un peu et que c'est la boisson qui lui a fait perdre un instant la tête.

Il donne sur ces étourdissements les explications suivantes : Tout d'un coup lui apparaît une scène de son enfance ; il voit son village natal, il croit y être, enfant il joue comme autrefois avec ses camarades, puis il sent des *lancements* dans les tempes. Il ne perd pas positivement connaissance, mais s'il marche, il est obligé de s'arrêter, s'il parle, il lui faut se taire et ne se rappelle plus après ce qu'il a entendu ; s'il tient un objet à la main, il est obligé de le serrer fortement pour ne pas le laisser tomber. Ces troubles ne durent habituellement que quelques instants. Ensuite il a la tête lourde ; cette céphalalgie se maintient pendant quelques heures, quelquefois pendant un ou deux jours. Ces renseignements sont confirmés par l'entourage de X..., qui a toujours été bon époux et bon père, jusqu'à l'attentat commis sur sa fille. Il boit cependant de temps en temps. Les rapports de police sont favorables à l'inculpé ; son casier judiciaire est vierge de toute condamnation.

En somme, on peut dire que l'acte dont X... s'est rendu coupable jure avec son passé. Homme d'un tempérament froid, père affectueux, toujours convenable dans sa tenue et dans son langage en présence de ses enfants, il s'est montré érotique, pour un moment, et n'a pas craint d'attenter à la pudeur de sa fille. Pour expliquer sa conduite insolite, X... prétend qu'il a perdu un instant la conscience de ses actes, sous l'influence de quelques excès de boisson à la suite d'un de ces étourdissements auxquels il serait sujet. La question qui se pose est donc de savoir si X... a réellement par intervalles des troubles cérébraux, de déterminer la nature de ceux-ci et de voir s'ils sont capables de faire disparaître la liberté morale et par suite d'entraîner l'irresponsabilité. Enfin Mme X... déclare, elle aussi, que son mari avait des faiblesses.

Pour M. Vallon, X... paraît atteint de la forme d'épilepsie connue sous le nom de petit mal. Mais il ne suffit pas qu'un individu soit épileptique pour qu'on doive considérer comme entachés d'inconscience tous les crimes et délits qu'il peut commettre ; il faut, au contraire, examiner chaque fait en particulier et voir s'il présente ou non les caractères d'une manifestation comitiale. Or l'acte commis par X... a bien les caractères de ceux qu'on observe à la suite d'un ictus épileptique. Les impulsions érotiques sont fréquentes dans les heures qui suivent un paroxysme comitial et Lasègue a montré que parmi les aliénés qui exhibent leurs organes génitaux, un bon nombre sont des épileptiques qui se livrent à ces actes à la suite de vertiges ou d'absences.

X... n'a d'ailleurs conservé qu'un souvenir très incomplet de ce qui s'est passé, il se rappelle qu'il s'est levé, poussé par le besoin d'uriner, il a eu un étourdissement, le reste de l'histoire lui échappe jusqu'au moment où sa femme est arrivée. La perte ou l'incertitude des souvenirs est la règle dans le cas d'impulsions épileptiques.

De tout ce qui précède, M. Vallon tire les conclusions suivantes : 1° X... est atteint d'épilepsie (petit mal); 2° très vraisemblablement il a commis l'acte dont il est inculpé sous l'influence d'une impulsion épileptique, c'est-à-dire inconsciemment, il ne saurait donc en être rendu responsable.

M. Falret a observé aussi plusieurs cas d'aura visuelle précédant une attaque d'épilepsie. Un malade, qui avait eu sa première attaque à la suite de la morsure d'un chien, voyait ce même chien au moment de la manifestation comitiale.

M. Vallon. L'hallucination de mon malade était banale et n'avait aucun rapport avec la frayeur.

M. Joffroy. Pendant l'attaque il a parlé à sa fille; on ne peut donc considérer le mutisme comme pathognomonique de l'attaque d'épilepsie. Quelques-uns ne peuvent répondre pendant leurs absences, mais entendent très bien ce qu'on leur dit.

M. Falret. Quelques auteurs admettent que l'aura panoramique a son point de départ dans le nerf optique.

M. Charpentier. Ce qui me paraît bizarre dans l'observation, c'est que, comme toujours, l'attentat s'est produit dans un endroit obscur, en l'absence de témoins. Il y a là une fâcheuse coïncidence. En tout cas, qu'il y ait ou non simulation, l'individu n'a été ni condamné, ni placé dans un asile. C'est regrettable. J'admets difficilement qu'on puisse perdre la conscience au point d'oublier des actes paraissant réfléchis. J'ai aussi observé un épileptique qui, bien qu'il ait été mordu par un chien, n'avait point l'hallucination visuelle du chien.

M. Vallon. L'acte de mon malade n'était nullement compliqué. Pour ce qui est simulation, je n'y crois pas. Mes conclusions ne sont d'ailleurs nullement affirmatives.

M. Christian. Un jeune homme, ancien trappiste puis sous-officier, avait puni injustement un soldat qui, pour se venger, lui appliqua un jour le canon de son fusil chargé sur la tête et pressa la détente. Par un miraculeux hasard, le coup rata ; mais le lendemain le sous-officier avait une première attaque d'épilepsie. Les auras qu'il eut, par la suite, reflétèrent souvent la vue de son ancien couvent ; mais jamais du fusil, et cependant le malade m'avoua avoir éprouvé en face du soldat un sentiment épouvantable de frayeur.

M. Séglas. Je crois, comme M. Vallon, que son malade était inconscient, au moment de l'acte incriminé. Ce matin même, j'ai observé un vertigineux qui dernièrement a donné, pendant une absence, des coups de parapluie à un passant. Il ne se souvient de rien.

M. Briand a observé un épileptique qui, à trois reprises différentes, avait, au cours de vertiges, tenté d'arracher ou arraché vio-

lemment les montres de passants, inconnus de lui, pour les jeter en l'air. Arrêté et conduit au poste, il ne se souvenait de rien, pas plus qu'il ne se rappelait les coups de couteau inconscients que plusieurs fois il s'est donné dans la région du cœur dans des circonstances analogues. Une fois, la pointe du couteau a pénétré assez profondément entre deux côtes pour amener la mort.

Alcoolisme et délire de persécution avec auto-accusation. — M. Roubinovitch rapporte deux cas de délire de persécution avec auto-accusation. La première observation est relative à un homme de trente-huit ans, d'une bonne intelligence moyenne, sans stigmates physiques ou psychiques de dégénérescence, sans antécédents héréditaires névropathiques. A la suite d'un chagrin de famille, il se mit à boire et bientôt un accès de délire se déclara avec le cortège habituel d'hallucinations et d'illusions d'origine toxique; au bout de trois jours, il devint un peu plus calme et en l'interrogeant on constata un véritable délire de persécution avec auto-accusation. Au bout de six semaines il est sorti guéri; son délire a totalement disparu en même temps que les différentes hallucinations.

Dans la seconde observation, il s'agit d'une femme âgée de quarante-sept ans, concierge qui depuis neuf ans environ se livre à des excès alcooliques. Il y a trois ans, elle a eu un premier accès de délire alcoolique et, peu de temps après, un second. On l'interna en 1891 et, depuis cette époque, elle est hantée par des hallucinations de toutes sortes. Chez cette malade, il n'existe non plus aucun stigmate de dégénérescence physiqne ou psychique.

M. Roubinovitch compare ensuite ses persécutés auto-accusateurs *alcooliques* avec les persécutés auto-accusateurs dégénérés de M. Ballet et fait ressortir la place considérable qu'occupent les hallucinations chez les premiers malades. Il appelle ensuite l'attention sur l'intérêt médico-légal de semblables cas. Très souvent en effet, dit-il, les persécutés auto-accusateurs s'accusent de faits réels. Il peut arriver qu'un malade de cette catégorie s'accuse d'un délit quelconque, d'un vol par exemple, qui, après une enquête faite judiciairement, sera reconnu comme ayant été réellement commis. Quel sera le degré de responsabilité d'un pareil malade? Pourra-t-on lui intenter un procès, et dans ce cas quelle sera l'attitude de l'expert chargé d'examiner l'inculpé ? En supposant que l'individu était sain d'esprit au moment de l'exécution de son delit, pourra-t-on lui appliquer une pénalité quelconque dans son état actuel de maladie ?

M. Charpentier. Dans ma communication de 1886 sur les variétés du délire de persécution, j'ai décrit le groupe des auto-accusateurs et j'ai fait remarquer qu'ils refusaient souvent les aliments. J'en ai observé depuis un, qui s'accuse d'avoir commis un attentat à la pudeur et demande à être condamné. Or le crime est réel. Son délire repose donc sur un fait exact.

M. Séglas. Depuis la communication de M. Ballet au Congrès de Blois, sur les auto-accusateurs, j'ai cherché à établir si les idées d'auto-accusation étaient pathognomoniques d'une forme mentale particulière et j'ai constaté qu'elles s'observaient dans toutes les formes. On fait, à tort, entrer ces maladies dans le groupe des mélancoliques ; ce sont plutôt des délirants d'emblée des polimorphes, comme on dit en France. La formule d'auto-accusation ne suffit pas pour les détacher du groupe des persécutés ordinaires. Quelques auteurs allemands en font une classe intermédiaire entre les mélancoliques et les persécutés systématiques. L'auto-accusation fournit quelquefois l'explication de l'idée de persécution, comme le fait l'idée de grandeur. D'auto-accusateur on peut devenir persécuté très actif et ambitieux.

M. Roubinovitch fait ressortir que l'intérêt de sa communication réside dans le mélange de l'appoint alcoolique avec l'auto-accusation.

Appareil d'alimentation forcée. M. Lvoof présente pour l'alimentation des aliénés une modification heureuse de la sonde habituelle. Son appareil se compose d'une sonde en caoutchouc mou un peu longue et muni d'un entonnoir au-dessous duquel se trouve une poire aspirante et foulante qui prend le liquide nourricier dans l'entonnoir et l'injecte par la sonde dans l'estomac.

M. Motet se trouve très bien des sondes molles qu'il emploie concurremment à l'aide d'un injecteur.

M. Legrain fait ressortir l'avantage de l'appareil de M. Lvoof, qui supprime l'emploi de l'irrigateur. Marcel Briand.

BIBLIOGRAPHIE.

I. *Traité des maladies mentales;* par le Dr H. Dagonet, avec la collaboration de MM. J. Dagonet et G. Duhamel. (Baillière, édit. Paris, 1894.)

En 1862, M. le docteur H. Dagonet publiait un traité des maladies mentales constituant l'œuvre la plus complète de ce genre qui existât en France et qui par ce fait est devenu rapidement classique. C'est une seconde édition de ce traité que le même auteur présente aujourd'hui au public médical. Par de nombreuses additions ou modifications, c'est presque en réalité une œuvre nouvelle. C'est ainsi que la symptomatologie générale a reçu un développement

plus considérable ; certains symptômes, notamment les troubles de la personnalité y sont étudiés, qui ne figuraient pas dans l'édition première. De même de nouveaux chapitres sont consacrés à la description des délires systématisés chroniques, de la dégénérescence et de la folie des dégénérés. D'autres, comme celui de la paralysie générale, ont été complètement refaits dans certaines de leurs parties. Un volume de ce genre ne se prête guère à l'analyse et le meilleur moyen de le présenter à nos lecteurs, c'est pensons-nous, d'en décrire rapidement la place d'ensemble, la classification adoptée par l'auteur. Ce *Traité des maladies mentales* comprend d'abord trois parties distinctes.

La première partie est consacrée à l'étude de la pathologie générale et se subdivise en différents chapitres où nous trouvons successivement étudiés l'historique, la physiologie pathologique, la symptomatologie générale, l'étiologie, la marche, l'anatomie pathologique et le traitement.

La seconde partie a trait tout entière à la pathologie spéciale. La classification adoptée par l'auteur se rapproche beaucoup de celle qui a été proposée par le Congrès international de Paris en 1889.

Une première classe comprend les vésanies ou folies proprement dites (formes primitives). C'est d'abord la *manie* aiguë (forme typique) avec ses variétés, furieuse, gaie, tranquille, ambitieuse, sensorielle, transitoire ; la manie subaiguë, chronique, le délire aigu, les états maniaques symptomatiques. Puis la mélancolie typique, sans délire, nostalgique, anxieuse, avec agitation, avec stupeur, hypochondriaque, religieuse. Vient ensuite la stupidité psychoasthénique, cataleptiforme et les états de stupidité symptomatiques. Enfin sont étudiés les délires systématisés chroniques, tels que le délire des persécutions dans ses formes typique, mégalomaniaque, maniaque dans la paralysie générale, l'alcoolisme, etc., la mégalomanie simple, religieuse, érotomaniaque, et les délires systématisés secondaires. Un dernier groupe comprend les folies périodiques.

Une seconde classe est formée par la dégénérescence mentale et les folies dégénératives : débilité mentale, débilité morale, psychoses dégénératives telles que folie du doute, agoraphobie, psychoses anormales. L'auteur fait remarquer à ce propos que plusieurs de ces formes d'aliénation mentale peuvent se développer dans beaucoup de cas en dehors de toute dégénérescence et de toute prédisposition héréditaire et que l'extension donnée au terme folie des dégénérés lui paraît par suite excessive. La folie morale et la folie impulsive forment une classe distincte et sont étudiées à part.

La quatrième classe est constituée par les formes secondaires. Ce sont les folies nervosiques, infectieuses, toxiques, parmi lesquels

l'alcoolisme est étudié dans un chapitre à part, eu égard à son importance.

La sixième classe comprend la paralysie générale ; la septième les démences primitive, secondaire, sénile ; la huitième les états congénitaux, imbécillité, idiotie, crétinisme.

Enfin la troisième partie du Traité renferme des considérations sur la médecine légale des aliénés et une étude extrêmement complète sur l'organisation des asiles d'aliénés, les sociétés de patronage et l'administration des asiles.

Tel est succinctement le plan de cette nouvelle édition à laquelle s'appliquerait plus justement encore ce que disait le Dr Rousseau de la première « que c'est un véritable inventaire de la Science psychiatrique dont il constate les richesses au même temps qu'il en signale les imperfections ».

C'est en effet un des grands mérites de cet ouvrage, d'être proprofondément sincère. Médecin érudit, praticien consommé, M. H. Dagonet ne cherche pas en face des difficultés à substituer une description schématique, fût-elle lumineuse, à la constatation exacte de faits souvent obscurs et confus par eux-mêmes. Il a trop vu sans doute se succéder de théories au cours de sa longue carrière. Aussi son Traité, résumé d'une expérience de plus de quarante années passées à la tête des services d'aliénés, est-il à méditer. A notre époque de production surchauffée, où il est passé pour ainsi dire en habitude qu'un médecin se destinant à une spécialité commence par écrire un traité sur la matière pour affirmer ses intentions, c'est une rare bonne fortune de se trouver en face d'un livre vécu. J. Séglas.

II. *Étude sur la physionomie et la physiognomonie. — Étude de psychologie physiologique*; par le Dr Audibert. (Thèse de Bordeaux, n° 26.)

L'observation du visage au repos, quelles que soient la science et la perspicacité de l'observateur, ne permet pas de porter un jugement formel sur le caractère et les qualités intimes d'une personne. Seule l'étude approfondie de la physionomie normale *en action* peut permettre de les apprécier d'une façon sérieuse. Mais, pour bien comprendre ce langage naturel et spontané, il est nécessaire de connaître les mouvements musculaires d'expression les plus essentiels. E. R.

SOUSCRIPTION

POUR LE MONUMENT J.-M. CHARCOT.

SEIZIÈME LISTE DU *Progrès médical*.

M. le Dr Souza-Leite (Rio-Janeiro)		50 »
M. le Dr Sérafin Buisen (de Madrid)		100 »
Total de la douzième liste		150 »
Total des listes précédentes		5,860 05
Total général		6,010 05

DIX-SEPTIÈME LISTE.

Notre ami M. le Dr Cherchewsky nous a adressé le *montant* des souscriptions suivantes, que nous avons annoncées précédemment :

Mgr le grand-duc Pierre	500 »	
Mgr le grand-duc Nicolas	500 »	
M. N. Astachof	500 »	
M. X	40 »	
Général Laskovsky	100 »	
M. le Dr Nauck	60 »	
M. le Dr Passek	10 »	
M. le Pr Duvernois	25 »	
L'hôpital Nicolas (Saint-Pétersbourg)		1,845 »
Général-lieutenant Azzibouchef	25 »	
M. le médecin en chef Janowitch	20 »	
M. le Dr Chapirof	10 »	
M. le Dr Barksenius	10 »	
M. le Dr Lazarenko	10 »	
M. le Dr Maief	15 »	
M. le Dr Fraugott	10 »	
M. le Dr Korowine	10 »	
M. le Dr A. Boucher (de Verdun)		10 »
Total de la dix-septième liste		1,855 »
Total des listes précédentes		6,010 05
Total général		7,865 05

DIX-HUITIÈME LISTE.

Nous avons reçu, de M. le Pr Mierziéjewsky, de Saint-Pétersbourg, une lettre dont nous extrayons les passages suivants :

Monsieur,

Nous avons l'honneur de vous envoyer dans cette lettre 229 roubles qui ont été souscrits par la Société psychiatrique de Saint-Pétersbourg pour l'érection d'un monument à J.-M. Charcot. Voici les noms des personnes qui ont pris part à la souscription.

Société psychiatrique de Saint-Pétersbourg.

MM.	Bajenow	5 roubles.	618 20
	Bechterew	10 —	
	Belcakow	5 —	
	Blommenau	5 —	
	Beroulia	5 —	
Mme	Borowdina-Roscatein	5 —	
MM.	Chardin	5 —	
	Danillo	15 —	
	Falk	3 —	
	Frey	20 —	
	Loubimow	5 —	
Mme	Malcarewsky	5 —	
MM.	Mierziéjewski	40 —	
	Motchoukowsky	10 —	
	Nijegarodzew	10 —	
	Rosenbach	5 —	
	Ribalkin	10 —	
	Starkow	3 —	
Mme	Tarnowsky	10 —	
MM.	Tcheremcharsky	10 —	
	Tchetchott	20 —	
	Timofeew	10 —	
	Tomachewsky	10 —	
	Woskressersky	3 —	
		229 roubles.	

Le Président de la Société psychiatrique de Saint-Pétersbourg, J. Mierziejewski.
Le Secrétaire, Dr P. Rosenbach.

Total de la dix-huitième liste	618 30
Total des listes précédentes	7,865 05
Total général	8.483 35

VARIA.

Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française

Session à Clermont-Ferrand en 1894. — Le congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se réunira à Clermont-Ferrand, en 1894, du lundi 6 août au samedi 11. Le Congrès discutera spécialement les questions suivantes :

1° Pathologie mentale : *Des rapports de l'hystérie et de la folie.* Rapporteur : M. Gilbert Ballet, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris; — 2° Pathologie nerveuse : *Des névrites périphériques.* Rapporteur : M. P. Marie, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris; — 3° Législation et administration : *De l'assistance et de la législation relative aux alcooliques.* Rapporteur : M. Ladame, privat-docent, de l'Université de Genève (Suisse). Les rapports, sur ces questions, seront adressés en temps utile aux adhérents.

Des séances spéciales seront réservées aux communications particulières. Les personnes qui se proposent de participer aux travaux du Congrès de Clermont-Ferrand sont priées d'adresser leur adhésion et leur cotisation à M. le Dr P. Hospital, médecin en chef de l'établissement d'aliénés de Sainte-Marie-de-l'Assomption, sis à Clermont-Ferrand, avenue de l'Observatoire, 6 et 10, ou rue Sainte-Claire, 54, et de vouloir bien faire connaître, le plus tôt possible, le titre de leurs communications, ou leur intention de prendre part à la discussion des questions générales indiquées ci-dessus. Le montant de la cotisation est de 20 francs.

Une récente exorcisation en Bavière. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1893, n° 1.)

Article à lire. — Le sujet était un jeune hystéro-épileptique dont l'affection avait été diagnostiquée. Il avait dix diables dans le corps, le P. Aurélian parvint, après des efforts inouïs, à les renvoyer dans l'enfer.

Tant que les exorcistes ne sont que grotesques, ils inspirent seu-

lement la pitié, la bêtise humaine est infinie. Mais quand ils sont à la fois grotesques et méchants, ce sont d'autres sentiments qu'ils inspirent, et ce Père Aurélian apparaît, en réalité, comme une bête foncièrement dangereuse. En effet, il affirme que le diable a été mis dans le corps du sujet par une protestante, une voisine de la famille de celui-ci, et il insinue que les protestants, très bien avec Satan, emploient volontiers les sortilèges pour faire du mal aux catholiques. Il est des contrées, même en France, où il ne faudrait pas prêcher bien longtemps des doctrines semblables pour faire assassiner les protestants par les catholiques, et réciproquement.

ASILES D'ALIÉNÉS DE FRANCE

CONCOURS DE LILLE, DE NANCY, DE PARIS, DE LYON, DE BORDEAUX, DE MONTPELLIER ET DE TOULOUSE, POUR LES PLACES DE MÉDECINS-ADJOINTS

Concours de Lille. — Le jury était composé de MM. les Drs Drouineau, inspecteur-général, président, Combemale, professeur à la Faculté, Cortyl (Bailleul), Taguet (Armentières), Sizaret (Clermont). Deux candidats se sont présentés : MM. les Drs Maupate, interne à Vannes, Chocreux, interne à Bailleul. Les questions traitées ont été pour la composition écrite : *Nerf facial, anatomie et physiologie ;* — pour la composition orale : *Péritonite, diagnostic et étiologie ; — Fracture du radius, diagnostic et traitement.* Les questions restées dans l'urne ont été pour l'épreuve clinique : *Localisations corticales des centres moteurs du cerveau, anatomie et physiologie ; — Cordons postérieurs de la moelle, origine, trajet, terminaison, fonctions ;* pour l'épreuve orale : *Insuffisance aortique, diagnostic, pronostic et traitement; — Luxations de l'épaule, diagnostic et traitement ; Hernie étranglée, diagnostic et traitement ; — Ictère.* Les deux candidats ont été déclarés admissibles aux emplois de médecins-adjoints, le premier, M. le Dr Maupate avec 80 points, et le second, M. le Dr Chocreaux avec 52 points. M. Maupate a reçu les félicitations du jury pour son brillant concours.

Concours de Nancy. — Le jury était composé de MM. les Drs Drouineau, Schmidt, professeur à la Faculté; Langlois (Maréville), Paris (Maréville), Gallopain (Fains, Meuse). Quatre candidats étaient inscrits, trois se sont présentés : MM. les Drs Paris (interne à Marseille), Hamel (ancien interne de Charenton), Charuel (ancien interne de Fains (Meuse). Les questions tirées au sort, ont été, pour l'épreuve écrite : *Lobe frontal, anatomie et physiologie; —* pour l'épreuve orale : *Broncho-pneumonie* ; — *Hématurie au point de vue chirurgical.* Les questions restées dans l'urne étaient pour l'épreuve écrite : *Quatrième ventricule, anatomie et physiologie* : — *Nerf optique, anatomie et physiologie ;* — pour l'épreuve orale :

Erysipèle; — *Symptômes généraux des fractures*; — *Cirrhose atrophique du foie*; — *Anthrax*. Les trois candidats ont été déclarés admissibles dans l'ordre suivant : 1° M. le Dr Hamel avec 71 points; 2° M. le Dr Charuel avec 60 points; 3° M. le Dr Paris avec 56 points.

Concours de Paris. — *Jury* : Drs H. Napias, inspecteur général, président ; Joffroy, professeur à la Faculté de Paris ; Giraud, Briand, Cayès, médecins en chef ; — Deny, médecin de Bicêtre, suppléant.

Epreuve écrite. — La question tirée au sort a été : *Anatomie et physiologie du lobe frontal*. Deux autres questions avaient été mises dans l'urne : Pneumogastrique, cellules nerveuses.

Epreuve orale. — La question traitée a été : *La mort dans le diabète*. Les deux questions restées dans l'urne étaient : Mal de Pott dorsal, symptômes et traitement, diagnostic différentiel de fièvres éruptives. Les candidats ont été classés dans l'ordre suivant : 1° Pécharman ; 2° Berbez ; 3° Trenel ; 4° Croustel.

Concours de Lyon. — *Jury* : Drs H. Napias, inspecteur général, président ; Mayet, professeur à la Faculté de Lyon ; Pierret, professeur, à la même Faculté, Gamin, Bellut, médecins en chef ; — Brun, médecin en chef, suppléant.

Epreuve écrite. — La question tirée au sort a été : *Anatomie et physiologie du cervelet*. Deux autres questions avaient été mises dans l'urne : Capsule interne, sinus cérébraux.

Epreuve orale. — La question tirée au sort a été : *Diagnostic différentiel des méningites*. Les deux questions restées dans l'urne étaient : Indications et contre-indications de la trépanation, étiologie et prophylaxie de la fièvre typhoïde.

Les candidats ont été admis dans l'ordre suivant : 1° Bourdin, 2° Viallon ; 3° Alombert.

Concours de Bordeaux, Montpellier et Toulouse. — *Jury* : M. Albert Regnard, inspecteur général des services administratifs nous envoie le résultat des concours qu'il a eu l'honneur de présider, les 1er, 4 et 7 juin derniers, pour l'admission à l'emploi de médecin-adjoint des asiles d'aliénés, successivement à Bordeaux, à Toulouse et à Montpellier.

Dans ces trois Facultés, le président a soumis aux différents jurys, qui l'ont acceptée, une proposition préalable, tendant à ce que le candidat (il n'y en avait qu'un dans chaque région), ne fut pas admis, s'il ne réunissait pas au moins la moitié du maximum des points, soit 45 sur 90. Les trois candidats ont été reçus. Deux ont dépassé les deux tiers du maximum.

Les questions écrites ont été : à Bordeaux : *Circonvolutions cérébrales*; — à Toulouse : *Structure et fonctions du cervelet*; — à Montpellier : *Circonvolutions frontales et pariétales*.

Restées dans l'urne : Substance blanche de la moelle épinière, nerf facial, nerf pneumogastrique, circulation artérielle du cerveau, nerf trijumeau.

Les candidats ont eu à traiter comme question de pathologie : à Bordeaux : *Signes et prophylaxie de la fièvre typhoïde;* à Toulouse : *Fractures de côtes;* — à Montpellier : *Signes et diagnostic de la pleurésie.*

Parmi les questions restées dans l'urne se trouvaient : Etiologie et prophylaxie du goître, luxations de l'épaule, des pleurésies purulentes. Les candidats admis sont MM. les Drs Duboucadieu (Bordeaux), Fenayrou (Toulouse), Monertio (Montpellier).

Sur la demande d'un caractère simplement officieux du président, un seul des candidats a déclaré se mettre à la disposition de l'administration pour être nommé de suite où l'on voudrait. *Les deux autres désirent expressément rester dans la région.*

Cela, entre autres choses, donne raison à M. l'inspecteur général Regnard qui fit le premier rapport sur le concours et conclut à ce qu'il fut institué par régions[1]. Dans ce rapport, Paris et les deux ou trois asiles les plus voisins de la Seine constituaient une région. M. Regnard pense que l'on devrait supprimer la close relative au stage d'un an dans un asile. On écarte ainsi des internes des hôpitaux de Paris qui seraient d'excellentes recrues, et d'autre part, il est trop certain que ce stage, en province surtout, n'est souvent qu'une garantie illusoire. Quand on voit la commission des hospices mettre à la tête de leurs quartiers d'aliénés, de 6 et 700 malades, quelquefois de jeunes praticiens n'ayant jamais étudiés spécialement les maladies mentales, on n'a pas à se montrer si sévère. Au surplus, le jeune médecin admis au concours où il aura fait preuve d'intelligence et de qualités laborieuses, se mettra vite au courant, sous la direction du médecin en chef, et sachant dès lors qu'il doit aspirer à le devenir lui-même. La limite d'âge devrait aussi être reculée à trente-cinq ans.

FAITS DIVERS.

Les Médecins des asiles d'Aliénés devant le Conseil d'État. — Le Conseil d'État, statuant au contentieux, vient de trancher un différend qui s'était élevé entre le préfet d'Indre-et-Loire et la com-

[1] C'est également la thèse que nous avons soutenue dans notre Rapport au ministre de l'Intérieur. (B.)

mission administrative de l'hospice de Tours au sujet de la nomination du médecin du quartier spécial d'aliénés annexé à l'hospice. L'administration avait soutenu que, dans les cas semblables, les quartiers spéciaux d'aliénés devaient être assimilés aux asiles publics, ce qui aurait eu pour conséquence de permettre au préfet d'en nommer les médecins. La haute assemblée n'a pas admis cette thèse. Il résulte de sa décision qu'il faut distinguer entre les asiles publics dont l'administration nomme le médecin et les hospices pourvus de quartiers spéciaux affectés aux aliénés. Dans ce dernier cas, la seule obligation de la commission administrative, être collectif à qui la loi n'a pas voulu laisser les responsabilités incombant aux directeurs d'asiles, consiste à désigner un préposé spécial qui sera investi de ces responsabilités ; mais, cette obligation satisfaite, les pouvoirs d'administration de la commission restent entiers, et il lui appartient de nommer le médecin. En conséquence, le Conseil d'Etat a annulé l'arrêté préfectoral qui avait nommé le médecin de l'asile d'aliénés de Tours. Il est à souhaiter que la future loi sur les aliénés règle cette question et que dans les quartiers d'hospices comme dans les asiles les internes soient nommés par le *même concours*.

Asile d'aliénés de Dury-lès-Amiens. — *Demande d'interne.* — Une place d'interne en médecine va être vacante *très prochainement* dans cet asile. Conditions : être Français ; 12 inscriptions doctorat. — Traitement : 800 francs argent ; nourriture, logement, chauffage, éclairage. — Produire un certificat de scolarité et un certificat de chef de service comme références. — Il y a à l'asile deux internes en médecine et un en pharmacie.

Asile départemental de Montreuil-sous-Laon (Aisne). — Un poste d'interne en médecine est vacant dans cet hospice. Traitement : 400 à 500 francs.

Bianchi (Fr.). — *Dos casos de miopatia progressiva primitiva.* — Brochure in-8° de 27 pages, avec 3 photographies. — Buenos-Aires, 1894. — Imprenta de M. Biedma.

Boissier (Fr.). — *Essai sur la Neurasthénie et la Mélancolie, dépressions considérées dans leurs rapports réciproques.* — Volume in-8° de 95 pages. — Paris, 1894. — Librairie J. Steinheil.

Bombarda (M.). — *Contribuçao paro o estudo dos Microcephalos.* — Volume in-4° de 196 pages, avec 11 planches hors texte. — Lisboa, 1894. — Tipografia de Academia Real das Sciencias.

Chocreaux. — *Emploi du chloralose en aliénation mentale.* — Brochure in-8° de 72 pages. — Lille, 1894. — Imprimerie Le Bigot.

Dagonet (H.). — *Traité des maladies mentales*, avec la collaboration de Dagonet (J.) et Duhamel (G.). — Volume in-8° de 856 pages, avec 42 photo-gravures en couleur, et une carte des Asiles d'aliénés. — Prix : 20 fr. — Paris, 1894. — Librairie J.-B. Baillière et fils.

GLATZ (P.). — *Réflexions sur l'empirisme en médecine à propos d'hydrothérapie.* — Brochure in-8° de 38 pages. — Genève, 1894. — Librairie H. Georg.

JOFFROY (A.). — *Nature et traitement du goître exophtalmique.* — Leçons faites en décembre 1891. — Brochure in-8° de 62 pages. — Prix : 1 fr. 50; pour nos abonnés, 1 fr. — Paris, 1894. — Bureaux du *Progrès Médical.*

MAGNAN et SÉRIEUX. — *La Paralysie générale.* — Volume in-12 de 194 pages. — Prix : broché, 3 fr. 50; cartonné, 3 fr. — Paris, 1894. — Librairie G. Masson.

MORAX (V.). — *Recherches bactériologiques sur l'étiologie des conjonctivites aiguës et sur l'asepsie dans la chirurgie oculaire.* — Volume in-8° de 143 pages, avec une planche hors texte. — Société d'éditions scientifiques.

OPPENHEIM (H.). — *Lehrbuch der Nervenkrankheiten für ärzte und studirende.* — Volume in-8° de 870 pages, avec 220 figures. — Prix : 2 fr. 50. — Berlin, 1894. — Verlay von S. Karger.

SEMELAIGNE (R.). — *Les grands Aliénistes français.* (Tome Premier : Ph. Pinel, Esquirol, Ferrus, J.-P. Falret, F. Voisin et Georget.) — Volume in-8° de 414 pages. — Paris, 1894. — G. Steinheil.

STEWART (D.-D.). — *Further remarks on the occurrence of a form of non-albuminous nephritis and other typical fibroid kidney.* — Brochure in-8° de 27 pages. — Philadelphia, 1894. — *The Medical news.*

STEWART (D.-D.). — *A serious fallacy attending the emplacement of certain delicate teests for the detection of serum albumin in the urine, especially the trichlor-acetic acid test.* — Brochure in-12 de 19 pages. — Philadelphia, 1894. — *The Medical news.*

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JUILLET étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs dont l'abonnement a cessé à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée** *à partir du* **25 juillet**. *Nous les engageons donc à nous envoyer de suite leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal.

Le redacteur-gérant, BOURNEVILLE.

Evreux, Ch. HÉRISSEY, imp. — 794

Vol. XXVIII. Août 1894. N° 90.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

DES LÉSIONS HISTOLOGIQUES DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE ÉTUDIÉES D'APRÈS LA MÉTHODE DE GOLGI

Par les Drs KLIPPEL et AZOULAY.
Travail du laboratoire du Professeur JOFFROY (clinique des maladies mentales).

La méthode histologique de Golgi, on le sait, a, dans ces derniers temps, donné des résultats nombreux, nouveaux, et des plus importants en ce qui concerne la structure normale du système nerveux. Les travaux de Ramon y Cajal, pour l'encéphale, et de van Gehucten, pour la moelle et les ganglions — pour ne citer que les principales applications à l'anatomie normale de la méthode nouvelle, — ont permis de comprendre la morphologie et les connections des éléments nerveux, à tel point que l'on peut, aujourd'hui, considérer nos connaissances sur la structure des centres nerveux comme aussi parfaites que celles qui concernent le foie, le poumon ou le rein. Nous savons, à l'heure actuelle, comment se terminent dans l'écorce les cylindres d'axe, quels rapports existent entre eux et les prolongements des cellules nerveuses, quelle est la structure et les particularités qu'offrent ces derniers, comment se comportent les fibres naissant des cellules calleuses des circonvolutions de l'un des hémisphères et comment elles se terminent dans la substance corticale de l'hémisphère du côté opposé; nous connaissons dans la moelle les cellules donnant naissance à des fibres qui vont se mêler à celles qui forment les cordons latéraux ou postérieurs de la moelle; nous avons appris quelles sont les connexions, si longtemps discutées, entre les pro-

longements cellulaires et les terminaisons des tubes nerveux.

S'il nous était permis d'insister ici sur les résultats fournis par cette même méthode dans l'étude des nerfs périphériques viscéraux, nous pourrions longuement décrire les plexus nerveux de l'intestin et ceux du rein chez l'homme, description qui a fait, dans ces derniers temps, l'objet de plusieurs communications de l'un de nous [1].

Une méthode nouvelle et susceptible de donner de pareils résultats au point de vue des plus fins détails de l'histologie normale, a semblé d'abord presque stérile, lorsqu'on cherchait à la transporter dans le domaine de l'anatomie pathologique. La raison en est que les recherches auxquelles nous venons de faire allusion ont spécialement porté, en anatomie normale, sur l'embryon des animaux en général et accessoirement sur le fœtus humain.

La méthode, en effet, s'applique aux cylindres d'axe, avant le développement et la constitution de l'enveloppe de myéline qui, à une certaine phase de développement, entoure ces éléments.

Une fois cette gaine formée, c'est-à-dire après développement complet des centres nerveux, les imprégnations par le sel d'argent ne se font que très difficilement. Presque tous les résultats énoncés plus haut ont donc été obtenus chez des embryons. Cependant, ne désespérant pas d'obtenir quelques résultats en traitant par cette méthode les cerveaux adultes et pathologiques, nous avons entrepris des recherches dont les conclusions ont déjà été formulées par nous à la Société de biologie [2].

Ces recherches ont porté d'abord sur le système nerveux des paralytiques généraux. Nous décrirons en quelques lignes les altérations que nous avons pu rencontrer, nous réservant de revenir ultérieurement sur ces recherches, dans la mélancolie et les autres maladies mentales. Ce n'est pas la première fois que la méthode de Golgi aura été appliquée en dehors de l'anatomie normale. Tout récemment, Golgi lui-même [3] a décrit les altérations des cellules de l'écorce cérébrale, qu'il a pu observer dans la rage expérimentale. Nous reviendrons plus

[1] Azoulay. — *Soc. anat.*, mai 94.

[2] *Soc. de Biologie*, 12 mai 1894.

[3] *Berl. Klin. Wochens*, 1894.

loin sur ces faits, qui semblent bien justifier les tentatives de la méthode appliquée à l'anatomie pathologique chez l'adulte.

Nous avons pu recueillir, dans des circonstances favorables, deux cerveaux de paralytiques généraux quelques heures après la mort. Il semble que cette condition soit presque nécessaire pour mener à bonne fin les recherches qui ont tant de fois échoué dans d'autres conditions. Nous ne dirons rien autre chose sur la méthode que nous avons suivie, renvoyant aux descriptions classiques de la technique et ajoutant simplement, pour ceux qui voudraient contrôler nos recherches, que nos résultats n'ont été obtenus qu'après de longs tâtonnements et un apprentissage longuement poursuivi de la méthode.

A titre de document, et afin de pouvoir comparer les lésions obtenues par la méthode de Golgi avec les résultats que donnent les autres méthodes histologiques employées jusqu'ici pour l'étude de la paralysie générale, nous donnons d'abord, résumée, l'observation suivante, avec l'examen microscopique des zones corticales pratiqué à l'aide du picro-carmin et de l'acide osmique.

Observation. — *Paralysie générale progressive à évolution lente, à forme démente avec lésions destructives, épaississement des méninges, érosions corticales.*

Le nommé M. J..., valet de chambre, âgé de trente-trois ans, entré à l'asile clinique (Sainte-Anne) le 8 octobre 1892. Décédé le 5 avril 1894.

Les certificats d'entrée sont les suivants : Paralysie générale progressive ayant débuté par des symptômes d'ataxie locomotrice. Tremblement fibrillaire de la langue et des muscles. Inégalité pupillaire. Grand embarras de la parole. Affaiblissement des facultés et notamment de la mémoire. Incapacité de se diriger. Excitation par intervalles. *Signé :* Dr Rouillard.

10 *octobre* 1892. — Affaiblissement des facultés mentales. Embarras de la parole. Tremblement. Paralysie générale.

Signé : Dr Pactet.

Antécédents héréditaires. — Côté paternel : grand-père, pas de renseignements : grand'mère, pas de renseignements. Côté maternel : grand-père, pas de renseignements; grand'mère, pas de renseignements.

Père, mère, tantes et oncles : père mort à soixante-cinq ans, d'une angine de poitrine. Un oncle mort subitement. Mère morte hydropique. Frères et sœurs : trois frères et trois sœurs du même

lit. Un frère buveur serait comme lui. Une sœur de père premier lit, bien portante, obésité et quatre frères ou sœurs morts du croup (du même lit). Une sœur de père (troisième lit), sur laquelle on n'a pas de renseignements. Enfants : Une fille de neuf ans, bien portante. Pas de fausse couche.

Antécédents personnels. — Hérédité : oui ; syphilis : non ; alcoolisme : oui ; excès vénériens : oui ; causes morales : non. Interrogeant les parents du malade en octobre 1892, nous avons pu obtenir les renseignements suivants : Est malade depuis deux ans. Il a recommencé à se plaindre de douleurs dans les reins.

Il y a dix-huit mois, il paraît avoir une attaque épileptiforme sans perte de connaissance (mouvements dans le côté gauche de la face et dans le bras du même côté), l'attaque a duré environ dix minutes et presque aussitôt après il s'est remis à travailler.

Pendant quelques jours il a eu la parole embarrassée. (Il y a six mois, au mois de mai), nouvelle attaque épileptiforme (côté gauche), sur le boulevard Haussmann pas de perte de connaissance. Engourdissement du bras gauche pendant un jour ou deux.

Sa femme a remarqué qu'il avait de l'embarras de la parole depuis le mois de février 1892, cet état est intermittent.

Il y a dix-huit mois, il est allé un jour attendre son patron à la gare du Nord pour le ramener en voiture, il est revenu ayant oublié le patron, n'ayant pu attendre l'arrivée du train. Vers la même époque, on l'envoie toucher un chèque de 2,000 francs et de son propre gré il va porter 500 francs chez un fournisseur à qui devait son patron. Affaiblissement musculaire depuis six mois. On n'a pas remarqué chez lui d'idées de grandeur ou de richesse.

Perte de la mémoire surtout marquée depuis six mois, sa femme était constamment obligée de lui rappeler ce qu'il avait à faire. Pas de symptômes d'ataxie. Jamais de douleurs fulgurantes. Pas de troubles de la marche.

Garçon de café de seize à vingt-trois ans, a fait beaucoup d'excès de femmes et de boisson. Malade depuis trois ans, pour une maladie de la moelle. A pris des douches et du bromure, a toujours été calme. Le malade nie absolument la syphilis. Il reconnaît avoir eu 4 ou 5 blennorrhagies, mais il déclare n'avoir jamais été affecté de chancre ou d'ulcération de la verge. (Pas de constatation de cicatrices, ni d'adénite.) Pas de symptômes de syphilis héréditaire. A eu un rhumatisme articulaire aigu à dix-sept ans.

Période de début ou prodromique.—Il est malade depuis le 15 juillet 1889. Il se plaignait à ce moment de fatigues très grandes et de douleurs de rein. Il maigrissait énormément sans tousser. Il transpirait beaucoup la nuit et paraissait avoir de la fièvre. Sa peau était brûlante. Pas d'herpès. Cette fièvre a duré un mois et

le Dr L. M... le traita par des vins toniques et lui conseilla l'air de la campagne. Il y alla comme valet de chambre et s'en trouva très bien. Mais déjà à cette époque son maître se plaignait beaucoup de ses *absences de mémoire*. Son caractère qui habituellement était très emporté s'adoucit un peu plus tard.

En 1889. Première attaque caractérisée par des contractions spasmodiques des muscles du visage, aphasie, parésie du bras gauche ayant duré un quart d'heure. Deuxième attaque en 1890; de la même nature. Troisième attaque en 1891; commencement. Quatrième attaque en mai 1892. Jamais de troubles digestifs ni d'urination, jamais de maux de tête ni de douleurs fulgurantes.

Symptômes actuels. — 1° Affaiblissement des facultés; 2° pas d'inégalité pupillaire. Pas de signe de Robertson; 3° tremblement de la langue. Troubles de la parole caractéristiques. Tremblement des mains; 4° pas de signe de Romberg. Pas d'incoordination dans la marche, se tient bien à cloche-pied. Croise bien les jambes; 5° *Exagération considérable* des deux réflexes rotuliens. Le choc du tendon détermine non seulement une secousse plus violente, mais détermine plusieurs secousses; 6° Douleurs (à réserver jusqu'aux renseignements de sa femme).

Marche de la maladie. 23 *octobre* 1892. — Cette nuit le malade a eu une attaque épileptiforme sans morsure de la langue, ni miction involontaire avec légère épistaxis; l'infirmier l'a trouvé inerte dans son lit.

21 *avril* 1893. — Affaiblissement musculaire progressif. Le malade tombe à chaque instant. Il a de la peine à marcher et à se tenir sur ses jambes. Affaiblissement psychique sans délire.

26 *avril* 1893. — Troubles de la marche. Station debout peu solide; Tremblement des jambes. Pas d'ataxie proprement dite, mais hésitation dans la marche; surtout quand il tourne sur lui-même. Tremblement des membres supérieurs.

25 *octobre* 1893. — Exagération de tous les réflexes tendineux. Trépidation du pied. Impossibilité pour le malade de se tenir debout. Il perd constamment l'équilibre. Les mouvements des jambes ne sont cependant pas abolis, mais seulement affaiblis. Gâtisme. Tremblement à larges oscillations irrégulières de tous les muscles. Conservation du réflexe plantaire. Le malade est arrivé à cet état graduellement sans attaques congestives ni épileptiformes dans ces derniers temps. Réflexes pupillaires à l'accommodation et à la lumière diminués, mais non complètement abolis. Pupilles dilatées, la gauche un peu plus grande que la droite.

16 *janvier* 1894. — Escarres sacrées assez prononcées. Escarre trochantérienne gauche très profonde avec croûtes noirâtres et épaisses. Escarre fessière gauche assez accusée. Escarre trochan-

rienne droite très superficielle. Mort le 5 avril 1894 dans le marasme.

Autopsie (6 *avril* 1894). *Encéphale.* — Les artères de la base ne sont pas athéromateuses.

L'hémisphère droit.	410 grammes
— gauche.	430 —
Misocéphale.	165 —
	1,035 grammes

Le cerveau très atrophié renfermait une quantité de liquide notablement plus grande que d'habitude. Les cavités des ventricules sont très vastes. Les méninges ont une teinte opalescente, sont épaissies, et dans ces points adhèrent à la substance cérébrale dont on ne peut les séparer sans dilacération. C'est surtout au niveau de la partie moyenne de la convexité que la lésion est à son maximum, mais elle est généralisée, s'étendant des deux côtés à tout le lobe frontal, tout le lobe temporal, le lobe pariétal, a la plus grande partie du lobe occipital.

Examen microscopique. — 1° Par le picro-carmin. Les lésions habituelles de la paralysie générale sont manifestes. Dans l'écorce on trouve des vaisseaux nombreux plus rapprochés les uns des autres qu'à l'état normal, ce qui semble résulter non de la multiplication vasculaire mais de l'atrophie de la substance nerveuse. Cette atrophie est en effet manifeste par la diminution d'épaisseur de la substance grise de l'écorce qui est nettement réduite dans un diamètre vertical.

Les vaisseaux qu'on observe sont altérés dans leur étendue. Leur volume est considérablement accru en ce qui touche les artérioles corticales et atteint au moins le double de ce qu'on observe normalement. L'augmentation de volume porte sur le calibre du vaisseau qui est dilaté et rempli de sang, mais aussi sur la paroi qui a environ triple d'épaisseur. Dans cette paroi on trouve des cellules rondes disséminées en voie d'atrophie et d'autre part du tissu scléreux formant une gaine très épaissie. L'organisation du tissu néoformé est plus complète que dans les cas habituels de paralysie générale où la diapédèse seule domine toutes les lésions. Ici il s'agit d'un processus scléreux déjà avancé. C'est ce qu'on observe dans les cas avancés de paralysie générale et quand l'évolution de la maladie a été particulièrement lente. A côté de ces artérioles à zones scléreuses, on trouve les capillaires dilatés et distendus et à leur voisinage quelques cellules rondes émigrées.

Cet ensemble de trouble et d'altération de la vascularisation de l'écorce est déjà très caractéristique sur les coupes histologiques. On voit la prédominance de la vascularisation et de la sclérose qui entoure les artérioles du tissu qui est manifestement atrophié.

Les éléments cellulaires offrent aussi des lésions. Les cellules cérébrales dans les différentes zones de Meynert ont subi l'atrophie de leur protoplasma avec diminution de volume de leurs prolongements. Même pour beaucoup de cellules ceux-ci sont invisibles et le corps de la cellule semble réduit à un protoplasma de forme arrondie ou ovalaire sans les angles tels qu'on les observe au niveau des grandes cellules pyramidales dans l'état normal et au niveau de certaines cellules polygonales de l'écorce. Les espaces lymphatiques qui entourent les éléments atrophiés sont élargis.

Les noyaux eux-mêmes ont des contours irréguliers et sont granuleux. Enfin le protoplasma est chargé en dépôts pigmentaires.

Les cellules rondes de l'écorce sont plutôt en voie d'atrophie qu'en état de prolifération. Il serait difficile de dire que leur nombre est très notablement augmenté; il paraît plutôt dépasser la normale.

Dans la substance blanche, les vaisseaux offrent les mêmes lésions que dans la substance grise; peut-être sont-elles un peu moins accusées ici. Les gaines sont très épaissies et scléreuses et par place contiennent des dépôts ocreux. Les noyaux sont augmentés de volume.

2° *Par l'acide osmique.* — On voit dans les cellules et dans les vaisseaux de l'écorce, au niveau de la zone sous-méningée, de nombreuses granulations isolées ou en amas. Les tubes nerveux sont très diminuées dans l'écorce; au niveau de la zone sous-méningée, il est impossible de les mettre en évidence. Au-dessous les fins réseaux qu'ils forment sont moins fournis qu'à l'état normal et les tubes qu'ils forment paraissent très grêles.

Dans la substance blanche et au niveau de la limite inférieure de la zone des cellules polymorphes, on constate des atrophies dégénératives des tubes nerveux, de l'atrophie simple et çà et là des boules hyalines dont l'origine paraît être l'altération des gaines de myéline.

3° *Par la méthode de Golgi.* — On constate d'abord des altérations portant sur le panache périphérique de la tige protoplasmique, puis sur la tige elle-même et sur ses expansions latérales et les expansions protoplasmiques basilaires; enfin sur le corps de la cellule.

Remarquons en passant que ces altérations sont centripètes, fait qui semble confirmer la théorie de la fonction centripète des prolongements protoplasmiques. Peut-être encore la marche de ces lésions s'expliquerait-elle aussi par le fait que le corps de la cellule est le centre trophique de tous les éléments qui en émanent.

Les altérations qu'on voit sur les préparations consistent comme premier stade dans une abrasion graduelle des épines couvrant

les expansions protoplasmiques, puis en l'agglutination de plusieurs épines formant de petites bandes irrégulières de protoplasma, puis, en troisième lieu, dans la coalescence de ces boules pour en former de plus grosses rendant ainsi difformes les expansions et la tige protoplasmiques; en quatrième lieu, en la disproportion du corps cellulaire devenu globuleux ou piriforme du fait de boules irrégulières de protoplasma; enfin, en l'atrophie plus ou moins avancée du panache de la tige, des expansions protoplasmiques et du corps cellulaire demeurant souvent méconnaissables avec de rares moignons d'expansions protoplasmiques.

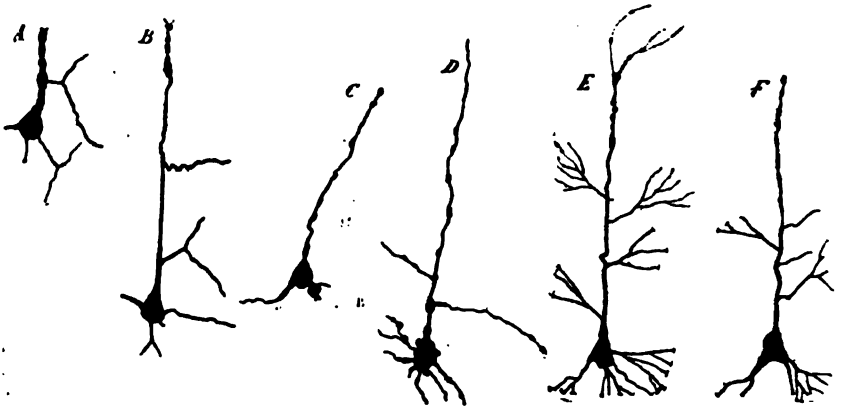


Fig. 3. — Cellules pyramidales altérées dans l'écorce cérébrale d'un paralytique général et d'une mélancolique.

A, B, C, D. Cellules pyramidales de l'écorce d'un paralytique général, montrant les divers degrés de la dégénérescence cellulaire; abrasion des épines, des prolongements protoplasmiques; globules protoplasmiques irréguliers sur ces derniers et sur le corps cellulaire; atrophie du panache périphérique, des expansions protoplasmiques latérales et basilaires et du corps cellulaire devenu globuleux ou piriforme.

E, F. Cellules pyramidales de l'écorce temporale d'un mélancolique. Mêmes lésions qu'en A, B, C, D, mais à un moindre degré.

Toutes ces altérations sont à différents degrés sur les diverses cellules de l'écorce, mais elles semblent en général suivre la marche que nous venons d'indiquer. Ce sont surtout les grandes cellules pyramidales qui sont atteintes; les polymorphes et les petites cellules pyramidales le sont beaucoup moins. Peut-être cette moindre fréquence des lésions des petites pyramides vient de ce qu'elles s'imprègnent plus rarement. Quant aux cellules spéciales de Cajal, comme leur imprégnation est très difficile, nous ne pouvons rien préciser. — Les cellules à cylindre d'axe ascendant de Martinotti paraissent également lésées.

Dans la même coupe et dans une même couche on rencontre

parfois côte à côte plusieurs cellules altérées, mais d'ordinaire les cellules malades sont mêlées aux éléments sains. — Les cellules du cervelet présentent des altérations analogues. En comparant ces lésions à celles que montre la figure ci-jointe dans la mélancolie on verra qu'il s'agit, pour cette dernière maladie, d'un processus analogue mais à un moindre degré.

On vient de voir quelles sont les lésions obtenues par la méthode de Golgi. Si nous les comparons à celles révélées par les procédés habituels, nous constatons des traits communs, à savoir l'atrophie des protoplasmas cellulaires, les changements de forme de la cellule nerveuse qui, de triangulaire qu'elle est à l'état normal, devient ronde ou ovale en perdant ses angles. Mais ce que donne en plus l'application du procédé de Golgi, ce sont des altérations portant sur les prolongements et ramifications des éléments cellulaires, dont les moindres détails normaux ou pathologiques sont mis en relief par ce procédé appliqué d'abord à l'étude de la cellule normale et sans lequel nous ne connaîtrions encore rien d'une altération si intéressante.

Mais en présence de ces lésions, une double question se pose : S'agit-il d'altérations caractérisant la paralysie générale elle-même, d'altérations permettant de reconnaître histologiquement cette maladie ? et, en second lieu, quel rapport existe entre les lésions et les symptômes observés pendant la vie ?

En premier lieu, il ne s'agit pas ici de lésions purement cadavériques, puisque sur des sujets morts de différentes affections on ne les retrouve pas dans les mêmes conditions d'autopsie et de technique. En second lieu, il nous est permis d'affirmer que ces altérations consistent dans un processus d'atrophie et de dégénérescence n'ayant en lui-même pas de caractère pathognomonique.

Ce qu'on constate, c'est la destruction de certaines parties invisibles par les autres procédés de cet élément si complexe dans sa structure, la cellule de l'écorce cérébrale.

Les éléments anatomiques n'ont pas tant de façon de s'altérer qu'une altération spéciale puisse correspondre à chacune des affections différentes qui peut frapper le même territoire anatomique. Les altérations que montre la méthode de Golgi sont profondes, diffuses comme celles qu'on observe à l'aide des autres procédés. Cette méthode ne permet pas d'as-

signer à la destruction de la cellule cérébrale un processus que l'on puisse qualifier de spécifique. Ce qu'elle montre, ce sont les détails de cette destruction, qui sont restés jusqu'ici invisibles par toutes les autres méthodes. C'est cet état moniliforme des prolongements protoplasmiques, cette atrophie et cette rareté des expansions du corps de la cellule, cette atrophie de saillies épineuses qui à l'état normal hérissent les prolongements cellulaires, cette atrophie du panache périphérique et, en un mot, l'ensemble des lésions citées plus haut. En établissant la présence de ces altérations nouvelles, elle vient confirmer ce fait déjà connu que la cellule cérébrale est touchée par la maladie qui nous occupe ; mais, de plus, elle nous fait voir cette lésion avec un ensemble complexe de particularités non reconnues jusqu'ici ; elle nous fait apparaître cette dégénérescence possible et même probable dans des observations où jusqu'ici les autres méthodes permettaient de croire à l'intégrité de l'élément nerveux ; en nous montrant, frappé dans les moindres détails de sa structure, l'élément nerveux, elle donne un appui nouveau à la théorie parenchymateuse de la paralysie générale, à l'opinion défendue à plusieurs reprises par le professeur Joffroy et par d'autres auteurs, à savoir que dans cette maladie, c'est d'abord, et avant tout, l'élément cellulaire lui-même qui est troublé dans sa nutrition, les tubes nerveux, les vaisseaux et la névroglie ne devenant malades que secondairement et en quelque sorte dans une seconde étape du processus morbide.

Si en dehors de la paralysie générale, si dans la mélancolie ainsi que nous l'avons observé, si dans la rage, ainsi que l'a vu Golgi lui-même, on rencontre des lésions analogues, cela n'ôte rien à ce fait que dans la paralysie générale la cellule nerveuse s'amoindrit, s'étiole et s'atrophie.

Il nous a semblé que dans cette maladie, les lésions délicates que nous venons de mentionner sont plus manifestes et plus intenses que dans maintes affections, que la méthode de Golgi peut nous permettre d'affirmer des modifications dans les détails de la structure des éléments nobles de l'écorce et que dans aucune autre maladie ces modifications n'apparaissent plus nettement que dans la paralysie générale.

Ce qu'elle nous montre surtout d'intéressant et de nouveau, c'est l'atrophie et la disparition des nombreuses épines, des saillies innombrables qui, à l'état normal, recouvrent les

branches ramifiées du protoplasma et la même atrophie des organes de terminaison de ces prolongements.

Or, on se rappelle que le rôle de ces saillies si multipliées est précisément d'établir des rapports fonctionnels entre les cellules nerveuses et les prolongements terminaux des cylindres d'axe venant se terminer à leur voisinage dans l'écorce.

De là on peut vraisemblablement conclure que dans tout processus destructif aboutissant à l'atrophie de ces organes terminaux, il doit nécessairement se produire des modifications dans les transmissions des impressions nerveuses d'élément à élément, c'est-à-dire un retard, un trouble ou une perversion dans la marche de l'influx nerveux, quel que soit sa nature.

Ce n'est là qu'une hypothèse, sans doute, mais qui peut-être, dans la suite, pourra, jusqu'à un certain point, éclairer la pathogénie de ces troubles si nombreux de l'innervation, qui constituent la symptomatologie de la paralysie générale.

PATHOLOGIE NERVEUSE

NEURASTHÉNIE PALUSTRE

Par le Dr TRIANTAPHYLLIDÈS (Batoum)

Le paludisme joue en général un double rôle dans la genèse de différentes affections, soit d'une cause occasionnelle, soit d'une cause spécifique; dans le premier cas, l'affection reste indépendante du paludisme, dans le second, elle n'est qu'une manifestation du paludisme, le paludisme lui-même sous sa forme larvée. Ce double rôle étiologique s'exerce aussi dans la neurasthénie. Mais d'autres fois la neurasthénie n'est qu'une manifestation larvée du paludisme, et c'est cette neurasthénie palustre que nous voulons étudier, telle que nous l'avons observée au Caucase, d'autant plus que d'après notre connaissance elle ne fut pas encore le sujet d'une étude spéciale. Le paludisme larvé est très fréquent au Caucase, et la neurasthénie

est une des formes variables qu'il revêt. Cette neurasthénie peut être unique, et est souvent la primitive manifestation de l'impaludisme larvé.

Depuis que ma conviction fut arrêtée sur la nature simplement palustre de cette neurasthénie, dans l'espace de plus quatre ans et demi, j'ai pu rassembler une cinquantaine d'observations, dont j'ai étudié un bon nombre pendant plusieurs années. C'est, basé sur ces cinquante cas, que je tâcherai de donner un court aperçu symptomatique de cette forme spéciale de l'impaludisme larvé. On rencontre la neurasthénie palustre à des degrés différents, qui ne sont du reste que des transitions insensibles du degré le plus faible qu'on pourrait nommer névropathie palustre, au degré le plus avancé, qui est la neurasthénie confirmée typique avec ses stigmates.

La plus légère expression de cet impaludisme larvé et la plus commune qui n'a épargné personne, consiste en un état apathique, en un malaise psychique. On se sent ennuyé, énervé et de mauvaise humeur, on a le spleen des Anglais. Parfois on a la tête et les mains plus chaudes que d'habitude.

Cet état reconnaît souvent pour cause l'impaludisme larvé. J'ai pu m'en convaincre par des recherches microscopiques du sang, surtout chez les capitaines qui voyagent entre Batoum et les pays chauds, et qui, après un séjour à Batoum plus ou moins court, éprouvent ces effets du climat, qui sont, affirment-ils, tout différents de ceux qu'on ressent dans les pays chauds. Ces troubles peuvent passer et reparaître avec ou sans périodicité, s'accentuer graduellement et s'approcher de la neurasthénie palustre.

La neurasthénie palustre consiste : *a*) en des troubles psychiques; *b*) en des troubles amyosthéniques; *c*) en des troubles vaso-moteurs; *d*) et en d'autres troubles qui sont loin de jouer le même rôle et d'avoir la même constance que dans la neurasthénie commune.

a) *Troubles psychiques.* — Ils affectent la sphère intellectuelle et la sphère morale.

Les malades ont le dégoût pour tout travail cérébral, ils éprouvent depuis une paresse intellectuelle jusqu'à l'impotence cérébrale complète, et à l'impossiblité absolue de penser et de concentrer leurs idées. Ils perdent en même temps leur énergie, leur volonté faiblit, ils deviennent indécis et hésitants, parfois ils ont le sentiment d'un vide dans leur cerveau.

Dans quelques cas (3 fois sur 50) cette torpeur intellectuelle est interrompue par une agitation morbide, qui arrive par accès plus ou moins périodiques, surtout nocturnes. Alors des idées absurdes, et sans aucune suite, viennent comme un tourbillon passer par la tête, avec une rapidité extrême, l'une interrompant l'autre. A un de mes malades, cet accès arrivait régulièrement entre trois et quatre heures du matin et durait une heure entière.

La torpeur intellectuelle est plus accusée au repos. C'est une fatigue du repos. Si le malade, par un effort sur lui-même, en se forçant de travailler, parvient à réveiller son cerveau, celui-ci reprend ses fonctions plus ou moins normales. Dans les cas avancés, la mémoire peut aussi faiblir.

Les troubles de la sphère morale consistent en un découragement général, en une tristesse sans motif. Le malade est mécontent de tout, et de lui-même ; il a du dégoût pour tout, rien ne l'intéresse plus, il devient pessimiste, une inquiétude vague le tourmente, comme s'il s'attendait à un grand malheur, ou il a un sentiment de terreur comme s'il avait commis un crime.

Une malade avait des accès de terreur périodiques, et une autre des accès de phobie (pour l'incendie). (Voir observ.)

Le malade a, en même temps, l'humeur changeante et capricieuse ; il devient parfois soupçonneux et méfiant. Son caractère devient toujours irascible, et son impressionnabilité parfois exagérée : il pleure sans cause. Le malade a toujours pleine conscience de son état morbide.

b) *Amyosthénie.* — Elle accompagne en général l'état psychique. Son intensité est variable et elle est plus accentuée au repos. Elle survient parfois par accès, subitement, et dure de quelques secondes à quelques minutes, accompagnée d'une anxiété avec tremblement général ou partiel. Cette amyosthénie est due à un épuisement rapide, à une défaillance de l'impulsion motrice cérébrale, et un effort de la volonté peut le faire disparaître, et au dynamomètre ces amyosthéniques présentent sensiblement la même force qu'à l'état normal.

c) *Troubles vaso-moteurs.* — Ces troubles, à eux seuls, peuvent être l'unique expression du paludisme larvé et se présenter sous forme de névroses, dont il ne sera pas question ici. Je me borne à mentionner les troubles vaso-moteurs qu'on rencontre habituellement dans la neurasthénie palustre.

Les malades ont habituellement le visage pâle, et, d'après cette pâleur, on les aurait facilement pris pour des anémiques. L'anémie n'y est pour rien. La quantité de l'hémoglobine et le nombre des hématies de leur sang sont normaux ou à peu près. Parfois, ils ont le visage injecté et les mains chaudes. Ils sentent parfois des frissons qui leur parcourent le corps et des bouffées de chaleur, comme si on leur versait de l'eau tiède sur le corps, des battements artériels, etc. Dans les cas anciens, ces troubles acquièrent une localisation plus ou moins fixe en tel ou tel point du corps, parfois unilatérale, le plus souvent bilatérale, accompagnés de sensation, de picotements ou de fourmillement et de sécrétion sudorale plus ou moins abondante. Ces troubles vaso-moteurs sont souvent périodiques et toujours tenaces. Ils peuvent acquérir un caractère assez étendu pour troubler la pression sanguine générale et donner lieu à un état demi-syncopal, par abaissement de la pression sanguine, ou bien à des accès d'angine de poitrine plus ou moins accusée. Un de mes malades avait chaque jour, vers onze heures du matin, des frissons généralisés, des refroidissements des membres avec légers accès anginiformes, renforcement du second ton aortique et élévation de la pression sanguine à 0,26 au sphygmomanomètre de Potain. En dehors des accès, la pression sanguine oscillait entre 0,021 et 0,023.

C'est sur ces trois ordres de troubles, et surtout sur l'état psychique, que la neurasthénie palustre est basée.

d) Les autres symptômes, avons-nous dit, ou manquent complètement ou sont si peu saillants qu'on doit les chercher pour les constater. Ce sont :

Les troubles du sommeil, qui manquent dans plus de la moitié des cas, et consistent, soit en une somnolence constante, soit, plus rarement, en une insomnie ou sommeil agité.

Les troubles digestifs, très peu accusés, qui consistent en une légère anorexie ou une dyspepsie. Deux fois, sur mes cinquante observations, il y avait une amyosthénie complète de tout le tube digestif avec dilatation de l'estomac, tympanisme et constipation opiniâtre, ectopie rénale et accès névralgiformes du grand sympathique abdominal. Mais il faut noter que des cas analogues s'observent en dehors de la neurasthénie, et comme une variété du paludisme larvé.

La céphalée ou lourdeur de la tête existe dans plus de la moitié des cas. Le casque céphalique est beaucoup plus rare, on

le rencontre dans les cas invétérés, et il est frontal et temporal, plus rarement occipital.

La plaque spinale (existe trente-cinq fois sur cinquante) est peu accusée, rarement spontanée. Son siège de prédilection est les apophyses épineuses des deux dernières vertèbres cervicales et des deux premières dorsales; par la pression, on remarque que cet endroit de l'épine dorsale est plus sensible et parfois douloureux. Rarement toute l'épine dorsale est douloureuse, soit à la pression, soit spontanément. Cet état coïncidait toujours avec une névralgie générale.

Une plaque qui manque rarement, c'est la plaque ombilicale (quarante-trois fois sur cinquante). En comprimant profondément la région ombilicale un peu à gauche, on provoque une douleur assez vive. Parfois, cette douleur est spontanée, avec des irradiations réflexes. L'origine de cette douleur doit être le plexus solaire, qui présente une susceptibilité particulière pour le paludisme.

En dehors de ces symptômes, on en rencontre d'autres plus inconstants, comme les douleurs erratiques, les diverses névralgies disséminées, unilatérales ou bilatérales, le plus souvent constantes et peu accusées : intercostales, lombaires, lombo-sacrées (plexus et troncs), névralgies générales, du grand sympathique abdominal, articulaires. Les douleurs spontanées constrictives ou fulgurantes, ressenties surtout au repos, analogues aux douleurs tabétiques d'origine centrale et indépendantes de mouvement et de pression.

Les courbatures générales, les fourmillements, le tremblement, les palpitations, les oppressions, les vertiges, les troubles de sécrétion et, deux fois, il y avait une légère asthénopie et trois fois une frigidité relative. Mais nous répétons que nombre de ces symptômes, qui sont loin d'être constants, se rencontrent en dehors de la neurasthénie et sont dus à l'impaludisme larvé.

Marche de la maladie. — L'invasion de la neurasthénie palustre est rarement brusque. Elle est presque toujours précédée de plusieurs périodes névropathiques que le malade attribue à des causes banales. La neurasthénie, une fois déclarée, ne suit pas une marche régulière; elle s'atténue ou même disparaît au bout de quelques jours ou de quelques semaines, pour reparaître plus tard. Il y a, parmi mes observations, des malades qui, dans l'espace de trois ans, n'ont eu que de

une à trois périodes neurasthéniques, sans aucun autre signe de paludisme, guéries promptement par les injections hypodermiques de quinine. Mais en général les récidives sont la règle qui, à la longue, dans leurs intervalles, laissent le malade définitivement, et déjà indépendamment du paludisme, névropathe ou même neurasthénique, et les récidives alors se manifestent par une aggravation de leur état; ou, d'autres fois, quelques troubles isolés peuvent survivre au paludisme et persister indéfiniment. Mais il faut toujours se rappeler qu'une personne, une fois impaludée, peut traîner son paludisme larvé pendant de longues années, et même dans les pays salubres, sans pouvoir se débarrasser de ses troubles protéiformes, si leur nature reste méconnue.

Étiologie. — Les causes qui, dans la neurasthénie commune, jouent un rôle capital, n'ont nullement la même importance dans la neurasthénie palustre. Il suffit du germe palustre pour créer de toutes pièces la neurasthénie; et il suffit de vivre ou d'avoir vécu dans un pays à malaria, pour avoir le germe du paludisme dans le sang, germe qui peut rester silencieux, sans causer aucun trouble appréciable, mais toujours en éveil, prêt à éclater de lui-même ou par l'effet d'une perturbation quelconque de l'organisme. Sous ce rapport, le paludisme ressemble à la syphilis.

Comme dans les pays de malaria, on observe parfois des intoxications palustres qui se manifestent *uniquement* par des troubles fonctionnels, comme par exemple : les diverses névralgies, les céphalées, le spasme de la glotte, l'asthme palustre, etc. ; il y a aussi une intoxication palustre qui se manifeste uniquement par l'ensemble de troubles que nous venons de décrire sous le nom de neurasthénie palustre.

Pour admettre la nature palustre de ces troubles, on a, croyons-nous, tort de s'attacher trop à la recherche soit des accès de fièvre dans les antécédents, soit des altérations spléniques ou hépatiques.

De mes 50 malades, 23 n'ont jamais eu le paludisme dans les antécédents, et de 27 avec antécédents palustres, la plupart depuis plusieurs années n'ont plus eu d'accès fébriles. Des 23 cas sans aucun antécédent palustre, 13 ne présentaient aucune altération appréciable, ni du foie ni de la rate et 10 avaient le foie ou la rate ou les deux organes légèrement engorgés.

Les 27 cas avec antécédents palustres sont ainsi partagés :

8 cas sans aucune altération ni splénique, ni hépatique, étaient surtout ces malades qui depuis longtemps n'ont plus eu d'accès de fièvre;
7 cas avec engorgement hépatique;
6 cas avec engorgement hépatique et splénique;
4 cas avec engorgement splénique;
et 2 cas douteux.

Pour admettre l'origine purement palustre de cette neurasthénie, nous passerons en revue les principales causes qui pourraient être incriminées [1].

Les climats tropicaux par la chaleur et l'humidité ont une certaine influence sur le système nerveux. Mais leurs effets sont loin de ressembler à notre neurasthénie, excepté ceux observés au Panama par Nicolas et qui présentent une certaine analogie avec notre neurasthénie. On est à se demander si cette particularité des effets du climat du Panama, sur laquelle l'auteur insiste, ne tenait pas à l'impaludisme latent. (*Sem. méd.*)

Batoum, du reste, est loin de se trouver dans les conditions de climats tropicaux et l'hiver et le printemps, par une température de 8 à 14° et une humidité de 0,60 à 0,70, m'ont fourni d'aussi nombreux cas de neurasthénie que l'été.

L'état constitutionnel des malades ne joue qu'un rôle secondaire. Nous avons déjà dit que l'anémie n'y était presque pour rien ; et d'autre part les vrais cachectiques palustres deviennent rarement neurasthéniques. Il est vrai que l'impaludisme larvé aggrave une neurasthénie préexistante et un névropathe est plus prédisposé à contracter la neurasthénie palustre.

Toutes les classes sociales figurent dans ma petite statistique. La classe intelligente prédomine, mais un simple ouvrier ou un paysan ne vient pas réclamer l'assistance médicale pour des troubles qui ne l'empêchent pas de travailler.

Le surmenage et les préoccupations jouent parfois un certain rôle. Mais souvent c'est quand on est impaludé qu'on devient susceptible à ressentir les effets fâcheux de ces causes. Il y avait même des neurasthéniques qui se portaient bien quand leurs occupations les entraînaient dans une suractivité somatique ou intellectuelle.

Les altérations organiques doivent être éloignées de l'étiologie. Une bonne partie de mes malades n'en présentaient

aucune. La plupart avaient le foie engorgé. Mais au Caucase il n'y a rien de plus commun que les congestions chroniques du foie, qui habituellement sont dues à l'impaludisme franc ou larvé. Au Caucase, le paludisme aime à se localiser aussi bien au foie qu'à la rate. Mais ces engorgés du foie ne sont pas nécessairement neurasthéniques. Et d'ailleurs, est-ce que les affections hépatiques d'origine non palustre sont accompagnées de troubles neurasthéniques? Poncel, dans son ouvrage « De l'influence de la congestion chronique du foie sur la genèse des maladies », rattache les troubles neurasthéniques au mauvais fonctionnement du foie. Dans ces congestions hépatiques de Poncel, avec neurasthénie, la recherche des plasmodies sans pigment et des effets curatifs des injections hypodermiques de quinine à hautes doses serait d'un grand intérêt; car il y a des pays réputés indemnes de paludisme, et où le paludisme sévit pourtant, sous ses formes larvées.

Les troubles digestifs manquent dans la moitié des cas, ou ils sont trop peu accusés pour donner lieu à la neurasthénie gastro-intestinale de Bouchard. Nous avons fait mention de deux seuls cas de dilatation de l'estomac avec neurasthénie, sans autre manifestation du paludisme et qui, après avoir résisté pendant plusieurs mois à tous les traitements rationnels, ont promptement guéri après six injections hypodermiques de quinine à la dose de 1 gramme à $1^{gr},40$ en une fois. Il est évident qu'ici neurasthénie et dilatation étaient dues au paludisme larvé que la quinine a promptement guéri. Le sexe ne joue aucun rôle et au point de vue de l'âge ma plus jeune malade avait quatorze ans. Chez les enfants on ne remarque que la pâleur, la perte d'appétit et le changement de caractère.

La présence presque constante des plasmodies dans le sang et les effets promptement curatifs de la quinine nous autorisent, pensons-nous, à rattacher notre neurasthénie au paludisme et à éliminer de son étiologie toute autre cause.

Sur mes 50 cas, 41 présentaient constamment les plasmodies dans le sang. Je dois ces recherches microscopiques, faites surtout sur le sang frais, à l'obligeante assistance de M. le docteur Triantaphyllidès-Kotliarewsky. Ces plasmodies sont incluses dans les hématies. Elles sont rosâtres à contours nets et de formes variables, le plus souvent sphériques, parfois munies de un à trois petits prolongements en guise de queues

courtes ; elles ont les mouvements amiboïdes et souvent elles changent lentement leur forme, de sphériques elles prennent la forme d'un biscuit ou autre; elles se colorent par l'éosine et le bleu de méthylène, mais ces préparations ne réussissent pas aussi communément que dans les préparations de plasmodies pigmentées. Le nombre de ces plasmodies est variable, en général on trouve sur chaque préparation de 1 à 5 ou 6 plasmodies, mais d'autres fois ce n'est qu'après des recherches longues et répétées qu'on parvient à en trouver une à deux, ce qui n'a pas pu être fait chez tous mes malades. Sur ces 41 cas, où nous avons pu constater la présence des plasmodies dans le sang, chez 39 il y avait toujours des plasmodies non pigmentées, et chez 2 malades seulement nous avons rencontré aussi des plasmodies pigmentées.

Vu cette particularité intéressante que presque tous ces malades ne présentaient dans le sang que des plasmodies non pigmentées, et les mêmes malades en même temps avaient une certaine immunité pour le paludisme franc ; et d'un autre côté, vu la différence clinique qui sépare notre neurasthénie et le paludisme franc ; et la quinine, qui fait vite disparaître du sang les plasmodies pigmentées, est loin d'avoir la même efficacité contre les plasmodies sans pigment. Toutes ces raisons, au début de mes recherches, m'ont inspiré quelques doutes sur l'origine palustre de cette neurasthénie. Mais ces mêmes plasmodies, dont la biologie reste encore assez obscure, servent à rattacher notre neurasthénie à une des formes si variées du paludisme; car les plasmodies non pigmentées existent souvent ensemble avec les plasmodies pigmentées dans le sang des paludiques à accès francs, et on rencontre en prédominance les pigmentées après l'accès.

A l'appui de l'identité de nature de ces diverses plasmodies, vient encore l'observation d'une malade atteinte de neurasthénie palustre et ayant des plasmodies non pigmentées dans le sang. Un jour cette malade, pour provoquer ses règles retardées, a pris en une fois 2 grammes de quinine muriatique. Elle a eu quelques symptômes d'empoisonnement quinique et quelques heures après un fort accès de fièvre, qui a duré quarante-huit heures. A l'examen du sang pendant l'accès on ne voyait que des plasmodies pigmentées, le troisième jour on en trouvait aussi et de non pigmentées, et le cinquième jour seulement les pigmentées ont complètement disparu et les

non pigmentées ont pris leur place. Cette dame fut quand même traitée par la quinine.

Le *diagnostic* de la neurasthénie palustre ne peut être sérieusement basé que sur la belle découverte de Laveran, la présence des plasmodies dans le sang; car cette neurasthénie peut parfaitement ressembler à la neurasthénie commune. Toutefois il faut noter que la marche de la neurasthénie palustre diffère, au début du moins, de celle de la neurasthénie commune. En dehors de ça, il arrive souvent que quelques symptômes présentent une certaine périodicité, et une bonne partie des symptômes capitaux, des stigmates de la neurasthénie commune, dans la neurasthénie palustre peuvent complètement manquer ou être très atténués ; il faut ajouter encore les antécédents du malade, s'il a vécu dans des pays palustres, les altérations concomitantes malariques, qui peuvent du reste manquer, et les effets curatifs prompts des injections de quinine à haute dose et au début.

Le traitement, dans les cas récents, est souvent très efficace et très prompt. Une à quatre injections sous-cutanées de quinine bimuriatique à la dose de 0,60 à 1 gramme à la fois donnent généralement les effets désirés.

Les récidives exigent un nombre plus grand d'injections hypodermiques, et les cas invétérés se montrent plus ou moins rebelles aux sels de quinine. On dirait que les plasmodies s'accoutument à la quinine. Il m'est arrivé d'observer la persistance de ces plasmodies dans le sang après la dixième injection de 0,80 à 1,20 de quinine bimuriatique.

Dans ces cas rebelles, le sulfate de cinchonine, soit par la bouche, soit par la voie hypodermique et le sulfate de cinchonidine, m'avaient parfois donné des résultats très favorables. Le drap mouillé, la suspension, mais surtout les bains de mer, semblent dans les cas anciens des adjuvants utiles. Un changement de climat, au début, est très efficace ; mais plus tard il doit être accompagné d'un traitement antimalarique et antineurasthénique.

Les engorgements hépatiques exigent un traitement approprié. Dans la plupart de ces cas, ces mêmes injections de quinine ont réduit le volume du foie avec une rapidité vraiment merveilleuse.

Nous insérons quelques observations des malades dont les quatre premières sont prises parmi les cas les plus communs, et les trois autres parmi les plus compliqués.

I. — Sch..., négociant, trente-sept ans, habite Batoum huit ans. Sans aucun antécédent morbide, il n'a jamais souffert de paludisme.

Depuis neuf mois, me dit-il, il se sentait de temps en temps nerveux et sujet à des mauvaises humeurs; mais cet état passait vite. Il y a quinze jours qu'il commença à sentir de nouveaux troubles, mais cette fois beaucoup plus accentués et progressivement s'aggravant, ce qui l'avait forcé à venir me consulter.

Etat actuel. — Santé physique excellente, facies triste et un peu pâle. Le malade ne peut plus s'occuper de ses affaires. Il ne peut pas penser, et depuis trois jours il a suspendu toute sa correspondance. Il a une impotence cérébrale presque complète. — Mélancolie sans raison. Emotivité excessive, il commence à sangloter en me racontant son histoire, ne sachant lui-même pourquoi il pleure. Caractère irascible. Je deviens, me dit-il, insupportable, mais je ne puis pas me retenir. Son caractère était toujours doux. Insomnie. Légère céphalée. Diminution de l'appétit. Aucun autre trouble du côté des voies digestives. Pas d'amyosthénie. Pas de troubles vasomoteurs, aucun trouble de la sensibilité générale, ni des sens.

Apophyses épineuses des deuxième et troisième vertèbres dorsales un peu douloureuses à la pression. Foie, rate normaux. Sang : hémoglobine 100. Plasmodies non pigmentées, urine normale.

Traitement. — Injection hypodermique de 0,80 de quinine bimuriatique. Le lendemain, amélioration brusque. Le malade est gai et content, et il se sent capable de reprendre ses occupations.

Deuxième injection de quinine de 0,60, et changement de climat pour dix jours. Revenu bien portant, pas de récidives pendant un an.

II. — Mme B..., quarante ans. Toujours bien portante, habite Batoum depuis six ans. Jamais de fièvre. Aucune névrose dans ses antécédents.

Depuis vingt jours, sans aucune cause appréciable, elle commença à devenir apathique, triste sans raison, émotive; elle pleure sans savoir pourquoi, est très irritable de caractère. Elle sent une faiblesse musculaire, qui parfois s'accentue subitement. Par moment, elle a des palpitations et de légères oppressions (manque d'air). Sommeil normal, fonctions digestives régulières. Pas de plaque spinale, ni de céphalée. Aucun trouble vaso-moteur. Aucun signe d'hystérie. — Foie et rate normaux.

Examen du sang. — Plasmodies sans pigment. Hémoglobine, 0,070. Hématies, 4,200,000.

Traitement. — Sulfate de cinchonine, 0,090 par jour. Après cinq jours de traitement, guérison complète et pas de récidive depuis deux ans.

III. — Mme Eu..., trente-quatre ans, paysanne, habite Batoum depuis deux ans. Aucun antécédent ni malarique, ni nerveux, d'une constitution forte. Depuis un an et demi, elle est sujette à des maux de tête périodiques, accompagnés des nausées. Depuis deux mois, la céphalée est presque constante, et, en même temps, elle a souvent une tristesse sans motif; elle se sent fatiguée surtout après le repos; elle a des douleurs erratiques partout, des sensations de frissons et de bouffées de chaleur, qui lui parcourent le corps, des palpitations fréquentes, des anxiétés et des terreurs, inappétence, légère constipation.

Plaque cervicale et ombilicale.

Foie et rate normaux. Pâleur de la face, pâleur spécifique qui porte un certain cachet de paludisme.

Plasmodies sans pigments dans le sang, hémoglobine 0,95; hématies 4,100,0000.

Traitement. — Injection hypodermique de 0,80 de quinine bimuriatique. Le lendemain, la malade se sent beaucoup mieux, et, après la troisième injection, elle se sent complètement guérie. A la pression, la plaque ombilicale et cervicale persiste sensiblement.

Après trois mois, récidive et guérison prompte après quatre injections de quinine. Dans l'espace de deux ans, elle a eu quatre récidives guéries par les injections hypodermiques de quinine.

IV. — Mlle D..., vingt-sept ans, habite Batoum depuis quatre ans. Elle n'a jamais souffert d'accès de fièvre. Aucune névrose, ni autre maladie dans ses antécédents. Elle me raconte que depuis longtemps elle se sentait souvent abattue, triste et irascible sans qu'il y ait aucune cause, tandis que d'autres fois elle se sent très bien. Depuis deux semaines ces troubles ont reparu plus accentués, ce qui l'engagea à venir me consulter.

La malade, un peu faible de constitution, a le facies pâle, l'expression triste; elle pleure sans savoir pourquoi; elle a du dégoût pour tout ce qu'il l'intéressait avant avec passion, comme la musique, par exemple; elle a laissé toute lecture, parce qu'elle ne peut rien comprendre, son cerveau, dit-elle, est engourdi. En même temps, son caractère est devenu emporté. Elle se met en rage pour un rien, et elle en a honte.

Elle se sent très faible et elle veut toujours dormir. Elle a parfois des éblouissements, des vertiges, des palpitations, des malaises et des brisements des membres, comme si elle était soumise à de grandes fatigues physiques. L'appétit est diminué.

A l'examen, je constate : langue un peu chargée, légère dilatation de l'estomac avec constipation. Foie et rate engorgés. Plaques cervico-dorsale et ombilicale réveillées par la pression.

Légère asthénopie. Aucun stigmate hystérique. Plasmodies sans pigment dans le sang, hémoglobine 0,85.

Je lui prescris la quinine par 0,36 trois fois par jour pour trois jours sans résultats. Elle consent à subir les injections hypodermiques de quinine à la dose de 0,60. Après la troisième injection, elle se sent tout à fait normale; tous ses troubles psychiques ont disparus. L'appétit est revenu, l'amyosthénie a disparu. Son foie déborde à peine le rebord costal, et l'examen du sang donne des résultats négatifs.

Cette guérison a duré deux mois, au bout desquels les mêmes troubles recommencent, et la malade vient elle-même réclamer les injections de quinine, qui lui causent toujours des douleurs fortes et durables.

Dans l'espace de deux ans, cinq fois la malade est venue se faire traiter pour des troubles identiques et par la même médication qui donnait toujours les mêmes prompts résultats.

Mme P... habite Batoum depuis dix ans. Elle n'a jamais eu la fièvre franche, mais elle a de temps en temps des troubles analogues à ceux de l'observation précédente.

Depuis deux jours ses troubles psychiques ont reparu avec une intensité inaccoutumée et, effrayée, elle vient me consulter. A l'examen je constate plusieurs stigmates neurasthéniques, et des plasmodies dans le sang sans altération hépatique ni splénique. Le soir même, avant qu'elle commence le traitement par la quinine que je lui ai prescrit, un fort accès de fièvre éclata qui fut vite guéri, avec les troubles neurasthésiques, par deux injections de quinine.

V. — 1er *janvier* 1892. — Mme Br..., vingt-huit ans, habite Batoum depuis douze ans. Elle n'a jamais souffert du paludisme. Toujours bien portante, et sans aucune névrose, ni état névropathique antécédent. Un mois avant elle a eu ses couches normales et elle nourrit son enfant.

Elle me raconte que depuis trois mois, elle éprouvait de temps en temps des troubles moraux analogues à ceux des observations précédentes, qu'elle attribuait à sa grossesse. Mais après sa délivrance ces troubles au lieu de s'amender, se sont accentués et en même temps, elle sent des céphalées en casque, une amyosthénie générale, qui parfois la surprend subitement à un tel degré qu'une fois elle a laissé tomber son enfant de ses bras; des fourmillements, des frissons erratiques avec des bouffées de chaleur. Mais en dehors de ces troubles qu'on rencontre dans les autres observations, la malade à des accès de terreur, d'abord plusieurs par jour sans heure fixe et d'une intensité moyenne, et plus tard un accès chaque nuit, d'une intensité violente et lui arrivant entre minuit et deux heures du matin. La malade saute subitement et

presque inconsciemment de son lit, dans une anxiété et une terreur extrêmes, avec un sentiment d'étouffement et couverte de sueurs qui continuent après l'accès. L'accès dure de dix à quinze minutes, puis tout se calme, et la malade garde un souvenir vague de son accès, qui commence, dit-elle, par une terreur, comme si quelque chose de terrible devait arriver, ne concernant pas du tout sa santé, mais comme si elle assistait à une catastrophe, à un naufrage, à la fin du monde.

L'examen de la malade, excepté la présence des plasmodies sans pigment, donne des résultats négatifs.

Je lui prescris le bromure de potassium associé avec la quinine et au bout de trois jours, la malade se sentait mieux; ses accès de terreur ont perdu de leur intensité, et les troubles neurasthéniques se sont atténués. Comme traitement consécutif, je lui prescris la quinine à prendre de temps en temps à des doses suffisantes.

20 *février*. — La malade s'est trouvée tout ce temps-là assez bien. Parfois elle avait ses troubles neurasthésiques avec des inquiétudes vagues, mais alors, dit-elle, elle prenait quelque doses fortes de quinine et elle se trouvait bien pour quelque temps.

Depuis hier elle a eu un frisson fort suivi d'élévation de température due à un érysipèle de la face, et la nuit un fort accès de ces terreurs qu'elle avait il y a un mois et demi. Elle m'affirme en même temps qu'elle a perdu toute l'affection, presque passionnée, qu'elle avait pour son unique enfant, et qu'elle ne peut plus le supporter. Elle présente en outre au comble tous les troubles psychiques de la neurasthénie. Je lui fais une injection de quinine bimuriatique à la dose de 0,60.

21. — Le lendemain de l'injection, malgré la température élevée (40°) et les douleurs physiques de l'érysipèle, la malade se sent si bien qu'elle me prie de lui répéter les injections hypodermiques de quinine. L'accès de terreur n'a plus eu lieu.

J'ai continué les injections pendant quatre jours. La malade fut rétablie de son érysipèle vers le huitième jour, et elle se leva du lit bien portante, ne gardant de ses troubles neurasthéniques qu'une indifférence pour son enfant, et des sueurs profuses localisées à la tête et au cou.

4 *mars*. — De nouveau, tristesse, inquiétude vague, caractère irascible, amyosthénie, etc., etc.

Examen de tous les organes négatif.

Présence de plasmodies sans pigment dans le sang, pas de plaques vertébrales, céphalée en casque, sommeil un peu agité.

Traitement. — Injections hypodermiques de quinine à 0,80.

5. — La malade se sent à merveille, elle m'affirme aussi que l'affection pour son enfant est revenue.

7. — Je lui ai fait encore deux injections. Après un an, la malade n'a plus de récidives. Elle se porte très bien.

Rarement elle se sent un peu nerveuse; elle prend alors un peu de quinine et ça passe.

VI. — Mme Par..., vingt-cinq ans. Elle n'a jamais eu le paludisme franc pendant les huit ans qu'elle a demeuré à Batoum.

Il y a un an, elle a eu la neurasthésie palustre pour laquelle je lui ai fait deux injections de quinine et conseillé de changer de climat. Depuis ce temps, dit-elle, elle se sentait souvent énervée, apathique, triste, faible, avec des troubles vaso-moteurs divers, des troubles digestifs, etc., mais tous ces troubles passaient vite, et la malade gardait sa répugnance à se soumettre à un traitement régulier.

Mais depuis une semaine à ces désordres psychiques, il s'en est joint d'autres, qui l'avaient décidée à me consulter.

Chaque jour la malade, vers huit heures du matin et pendant deux heures, a coup sur coup plusieurs accès qu'elle décrit comme il suit : La malade commence à bâiller, puis une frayeur, une anxiété de la mort la saisit avec la sensation d'un choc dans le cerveau, des battements *artériels*, des palpitations, et le *sentiment* que son cœur va s'arrêter. La malade fait des inspirations profondes, sa vue s'obscurcit, elle tombe dans un état vertigineux, la tête tourne, Elle a des alternatives de congestion et de pâleur de la face. En même temps elle sent des douleurs partout, des frissons et bouffées de chaleurs erratiques, des picotements, des fourmillements qui lui parcourent le corps, et un léger tremblement des membres. Du côté de l'abdomen elle a des borborygmes forts avec envie d'aller à la selle sans résultat. Chez une autre malade sujette à des accès analogues, ces accès débutaient par des borborygmes intestinaux douloureux.

Dans les intervalles des accès, le tremblement persiste, la malade se sent très faible, et elle a la paresthésie comme si ses membres et son visage ne lui appartenaient pas... Elle ne perd jamais connaissance. L'apparition des sueurs termine la scène et la malade tombe dans un sommeil profond.

Examen de la malade. — Elle présente tous les troubles de la neurasthénie palustre, à savoir : état psychique, amyosthénie, troubles vaso-moteurs. Outre cela, troubles digestifs langue un peu chargée, anorexie légère, constipation, léger trouble de sommeil. Céphalée parfois en casque, plaque spinale, et surtout ombilicale. Aucun autre trouble, ni du côté des sens, ni de la sensibilité générale. Foie légèrement engorgé. Rate normale. Sang : plasmodies sans pigment, hémoglobine 0,70, urines et règles normales.

Après la première injection de 0,75 de quinine-bimuriatique, l'accès s'est très atténué comme force et comme durée, et après la seconde injection complètement supprimé. La malade est émerveillée, elle se sent très bien, l'appétit manque encore.

Après six jours, les accès ont reparu à la même heure, mais cette fois ils consistaient en une faiblesse générale, en un état lipothymique avec battements artériels et tremblement général. J'ai repris les injections et après la cinquième, les accès, beaucoup atténués, persistaient quand même, ainsi que les troubles neurasthéniques, et je lui ai conseillé de changer de climat, en lui prescrivant par la bouche la quinine arséniée et le bromure.

VII. — 1890. Mme G..., quarante-cinq ans. — Antécédents nuls, excepté quelques migraines et une anémie constitutionnelle. Aucune hérédité morbide, habite Poti et Batoum depuis douze ans (depuis 1878).

Dès son arrivée à Poti, elle fut atteinte d'accès de fièvre qui ont duré deux ans avec des interruptions, et étaient accompagnés de maux de reins et de douleurs névralgiformes parfois assez intenses pour nécessiter l'emploi hypodermique de la morphine. Plus tard la malaria est devenue atypique et se manifestait par des courbatures, des malaises et des douleurs partout, surtout lombaires. A cette époque, la malade présenta quelques symptômes hystériques à savoir: la boule hystérique, des accès de rire et de pleurs quand elle entendait de la musique, et pendant un an la phobie suivante : effrayée une nuit d'un incendie, qui a eu lieu près de sa maison, chaque nuit, après s'être couchée, elle était prise d'une phobie d'incendie : pour dissiper ses craintes, qu'elle reconnaissait du reste absurdes, elle devait parcourir son appartement et se rassurer. Si, par un effort sur elle-même, elle tâchait de ne pas faire cette visitation absurde, elle était prise d'une anxieté puis d'un frisson suivi de bouffées de chaleur. Après cette psychose, elle fut atteinte d'un vaginisme qui a duré plusieurs mois.

La cinquième année de son séjour à Poti elle est partie pour la France. Le lendemain de son départ, dit-elle, elle a eu les pieds enflés, et ces œdèmes persistèrent pendant trois mois, tout le temps que la malade resta loin de son foyer d'impaludisme, et ils ne disparurent qu'immédiatement après son retour à Poti. Ses fonctions digestives étaient tout le temps excellentes.

En 1884, installée à Batoum, elle fut atteinte d'une diarrhée séreuse abondante et tenace (jusqu'à quarante selles par jour) qui a duré quinze jours, et un mois plus tard elle fut affectée d'une névrose de l'estomac périodique, la malade devait chaque soir, presque fatalement, rendre son souper, même le plus léger, avec une facilité extrême. Le repas de midi, même le plus indigeste, était parfaitement toléré. Cet état dura à peu près quatre ans. Les troubles subjectifs de malaria larvée avec des douleurs diverses existaient toujours chez elle. Mais depuis plusieurs années elle n'a plus d'accès de fièvre.

Depuis un an elle se plaint de troubles pour lesquels elle me

consulte pour la première fois, troubles qui périodiquement s'aggravent à un degré fort accusé.

Etat actuel (*janvier* 1890). — La malade a une constitution forte, passablement obèse, avec le facies excessivement pâle, elle présente presque tous les symptômes d'une neurasthénie très accusée, à savoir : impotence cérébrale, la malade ne peut pas faire une simple addition du compte que le cuisinier lui présente, et chaque effort de penser lui provoque des tiraillements douloureux intracraniens ; troubles du moral, dégoût pour tout, tristesse, irritabilité du caractère, etc. — Amyosthénie.

Troubles vaso-moteurs; pâleur habituelle presque cadavérique de la face et parfois injections; frissons erratiques et bouffées de chaleur, qui présentent une certaine périodicité et sont accompagnés de sensations de fatigue, et de brisement des os; céphalée en casque occipitale et pariétale; insomnie; palpitations subjectives sans que les battements du cœur soient accélérés, parfois douloureuses avec sensation d'oppression ou de serrement cardiaque; colonne vertébrale douloureuse à la pression avec des plaques douloureuses spontanées, surtout lombaires, dont les douleurs spontanées nocturnes enlèvent tout repos à la malade. En même temps la malade a une névralgie générale. Tous les troncs nerveux sans exception présentent les points douloureux de Valleix et tout le corps est endolori. Cette névralgie générale, plus accusée à gauche, se réveille surtout la nuit, au repos du lit, où chaque mouvement excite la douleur et le corps ne peut pas supporter le contact de la couverture. Cette névralgie s'étend aussi aux articulations, surtout du cou-de-pied où la malade a la sensation d'un étau qui le comprimerait violemment, et des phalanges dont quelques-unes sont même un peu tuméfiées. Au réveil du matin les premiers mouvements font pousser des cris à la malade. Et pourtant celle-ci nie le rhumatisme dans ses antécédents et dans son hérédité.

Examen du sang. — Hématies 3.100.000; hémoglobine 0,80; plasmodies non pignentées; fonctions digestives excellentes; foie et rate normaux ; rien de particulier du côté des autres organes. Aucun stigmate d'hystérie. La malade tout le temps s'est traitée régulièrement par la quinine, l'arsénic, etc.

Je lui ai institué le traitement exclusif par les injections de quinine, dont les effets furent prompts ; après la troisième injection hypodermique toutes les douleurs ont presque disparu et les troubles neurasthéniques se sont tellement amendés que la malade se croyait guérie, en m'affirmant que depuis de longues années elle ne s'est jamais sentie aussi bien ; la colonne vertébrale restait sensible seulement à la pression, ainsi que tous les troncs nerveux sur leurs points de Valleix. L'état psychique s'est complètement transformé.

Cette amélioration ou guérison dura deux mois, puis une réci-

dive commença graduellement et le sixième jour, quand tous les troubles précédents se sont considérablement aggravés, j'ai recommencé les injections hypodermiques de quinine à la dose de 0,60 à 0,80. La guérison fut de nouveau obtenue après la quatrième injection.

Cette malade, dans l'espace de trois ans, a eu plus de huit récidives et elle a subi soixante-huit injections hypodermiques de quinine de 0,50 à 1,20 en une fois.

Ces récidives étaient toujours identiques. Mêmes douleurs névralgiques et articulaires, même neurasthénie. Les plasmodies n'ont jamais manqué dans son sang, même après les injections de quinine et après un séjour en France de quatre mois. Elle n'a jamais eu d'accès de fièvre, ni d'élévation de température. Le foie, la rate et les fonctions digestives étaient toujours normaux. Les effets des injections de quinine au début étaient prompts, mais avec le nombre de récidives, elles perdaient de leur efficacité, ce qui m'engageait à forcer la dose et le nombre des injections hypodermiques.

Les six derniers mois de son séjour à Batoum, elle était définitivement neurasthénique, et la seule médication qui calmait provisoirement ses souffrances, c'étaient encore les injections hypodermiques de quinine. Toute autre médication restait sans résultat.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE EXPÉRIMENTALE DES MANIFESTATIONS NERVEUSES DE L'ARSÉNICISME CHRONIQUE,

Par Lucien BECO, chef de clinique médicale
de l'Université de Liège.
(Laboratoire de M. le professeur Francotte.)

Les paralysies par intoxication arsénicale sont actuellement bien connues et la plupart des auteurs les rattachent à une névrite multiple toxique (Hirt [1]).

Cependant, tout récemment, Henschen [2] a publié un cas où

[1] Hirt. — *Pathologie du système nerveux.* (Edit. franç., 1891.)

[2] Henschen. — *On arsenical paralysis.* (*Neurolog. Centralb.*, 15 février 1894.)

il a constaté des lésions médullaires primitives, très nettes et très étendues. Le syndrome clinique avait du reste fait admettre la participation de la moelle au processus morbide.

Les paralysies arsénicales ont été moins étudiées expérimentalement. Dans un travail déjà ancien, Scolosuboff[1] concluait à la myélite arsénicale; mais, ainsi que le démontre Brissaud[2], les expériences sur lesquelles il s'appuie sont loin d'être suffisantes.

Sur 50 lapins intoxiqués, Alexander[3] a observé six fois des paralysies et dans trois cas, il a pu constater de l'atrophie dégénérative des nerfs et des muscles. Schaffer[4] a décrit dernièrement chez des animaux intoxiqués par l'arsenic, le plomb et l'antimoine, des altérations de structure des cellules ganglionnaires, analogues à celles qu'on observe dans beaucoup de nécroses.

Nos expériences ont porté sur 7 animaux : 2 cobayes, 3 lapins, 2 chiens. Nous leur avons donné de la liqueur de Fowler diluée, en injections sous-cutanées, en espaçant les injections de manière à produire une intoxication lente et progressive.

Les 2 cobayes ont vécu respectivement huit jours et quinze jours. Les 3 lapins ont résisté un mois, un mois et demi, et deux mois. Les 2 chiens deux mois et trois mois.

Les phénomènes observés ont été les mêmes, mais avec des variations d'intensité, chez les divers animaux. Notons principalement ; de la conjonctivite ; des lésions tropho-cutanées remarquables, consistant en une chute rapide des poils, se présentant habituellement sous forme de plaques arrondies, complètement glabres ; le fond de ces plaques était constitué par de la peau saine, d'autres fois, par de la peau nécrosée, s'éliminant par la suite et mettent à nu le plan musculaire superficiel ; une dénutrition croissante. Jamais nous n'avons observé l'augmentation de poids signalée, chez les chiens, par Scolosuboff[5]. De la diarrhée et des hémorragies intestinales.

[1] Scolosuboff. — *Paralysie arsénicale.* (Compte rendu de Biol., 1875 et 1884.)

[2] Brissaud. — *Les paralysies toxiques*, 1886.

[3] Alexander. — *Klinische und experimentelle Beiträge zur Kenntniss der Lähmungen noch. Arserik-Vergiftung.* (Thèse de Breslau, 1889.)

[4] Schaffer. — *Ueber Veränderungen der Nervengellen bei experimentellen chronisches Blei. Arsen-und Antimonvergiftungen.* (*Neurolog. Centrabl.*, 15 février 1894.)

[5] Scolosuboff. — *Loco citato.*

Les animaux refusaient rapidement la nourriture et finissaient par mourir dans un état cachectique avancé.

Nous les avons suivis de près. Jamais nous n'avons pu constater chez eux, même dans les derniers jours, un symptôme quelconque de parésie musculaire. Les réflexes tendineux ont toujours été conservés ; la réaction électrique n'a présenté aucune modification qualitative, ni quantitative. L'autopsie révélait de la stéatose des organes viscéraux et du catarrhe intestinal hémorragique.

La moelle, les troncs nerveux principaux et, dans la plupart des cas, de fines ramifications nerveuses musculaires et cutanées, ont été enlevés. La moelle et les troncs nerveux ont été durcis par le bichromate de potasse. Après passage dans l'alcool, l'éther et la photoxyline nous débitions au microtome. Les coupes étaient colorées par le picrocarmin ou par la méthode de Weigert. Nous n'y avons découvert aucune altération de structure, notamment pas de foyer hémorragique ancien ou récent, pas d'infiltration, pas de sclérose, ni de dégénérescence.

Enfin nous avons pratiqué de nombreuses dissociations des nerfs, après action de l'acide osmique.

La seule particularité que nous avons observée, c'est que la myéline, au lieu d'avoir le reflet bleuâtre que lui donne habituellement l'acide osmique, avait une teinte gris noirâtre. Ce fait se produirait également dans les névrites amenées par l'alcool et l'éther, ainsi que l'ont signalé Pitres et Vaillard [1].

Au cours de ce travail, nous avons pris, comme moyen de comparaison d'une part, les nerfs d'un chien normal et, d'autre part, ceux d'un diabétique atteint de polynévrite interstitielle chronique.

Nos recherches confirment donc cette conclusion d'Alexander [2] : qu'il est difficile de déterminer, chez les animaux par une intoxication arsénicale chronique, l'apparition d'une polynévrite ou d'une myélite.

Il semble qu'il n'en est pas de même chez l'homme.

Mais il ne faut pas perdre de vue que l'étiologie de l'arsenicisme est souvent très complexe (Richardière [3]). A côté de

[1] Pitre et Vaillard. — (C. R. Soc. Biol., 1887.)

[2] Alexander. — *Loc. cit.*, p. 75 et 76.

[3] *Traité de Médecine*, t. II, p. 601.

l'arsenic d'autres facteurs peuvent intervenir : tels, le froid, l'infection, d'autres toxinoses (plomb alcool surtout, etc...). On doit également tenir compte de la coexistence possible de certaines affections, spécialement la tuberculose.

HISTOIRE ET CRITIQUE

BARBE BUVÉE

EN RELIGION, SŒUR DE SAINTE-COLOMBE ET LA PRÉTENDUE POSSESSION DES URSULINES D'AUXONNE (1658-1663).

(Étude historique et médicale, d'après des manuscrits de la Bibliothèque nationale et des Archives de l'ancienne province de Bourgogne.)

Par le Dr Samüel GARNIER,
Médecin en chef, Directeur de l'Asile de Dijon.

VI. — Cependant l'élargissement de sœur Buvée de la prison de Dijon et les autres conséquences de l'arrêt du parlement, en date du 18 mars 1661, redoublèrent l'appréhension qu'avaient déjà causé le principal arrêt du 6 janvier précédent et ceux qui suivirent. D'après la tournure, favorable à l'accusée, qu'avaient prises les enquêtes du Commissaire, les exorcismes faits sur l'ordre de l'Archevêque de Besançon et les constatations médicales dont ils étaient instruits, ils redoutèrent fort de voir la version de la possession ne trouver aucun crédit, devant le Parlement, et l'accusée sortir victorieuse du complot qui devait la perdre. Aussi mirent-ils tout en œuvre pour empêcher ce double résultat, ne reculant devant aucune démarche dans ce but. Comme leur requête pour obtenir que la cause fut évoquée devant le Conseil du Roi et enlevée à la connaissance du Parlement, n'avait pas encore reçu de solution conforme à leurs espérances, les abbés Pelletier et Bretin se rendirent à Paris, pour plaider, eux-mêmes. la cause

de l'évocation. Pendant leur absence, tous les moyens de procédure devaient, d'un autre côté, être successivement employés pour retarder l'exécution d'un arrêt qui, était en quelque sorte, déjà la préface de la condamnation de leurs agissements.

Malgré le zèle déployé, nos deux exorcistes ne purent obtenir l'évocation du procès. Sentant la partie perdue de ce côté, ils représentèrent alors que les exorcismes avaient été mal faits, et émirent des doutes sur l'impartialité du Commissaire et des exorcistes choisis par le Parlement, en sorte qu'ils obtinrent des lettres de cachet adressées à l'évêque de Chalon-sur-Saône pour procéder à de nouveaux exorcismes. C'était presque un succès.

Pendant ces actives démarches, l'official, les exorcistes et les possédées, jugeant que leur meilleur expédient était de discréditer autant que possible le Commissaire, le médecin, les exorcistes désignés par le Parlement ainsi que tous ceux qui s'étaient montrés hostiles à la croyance de la possession, s'y appliquèrent de tout leur pouvoir.

La supérieure qui avait d'abord dit que, par principe de conscience et par respect de l'ordre, elle avait voulu taire jusqu'à présent la qualité de Claude, le magicien, déclara que c'était un P. bénédictin de Flavigny, qui levait des perles sur les ornements d'église, pour les donner à Barbe Buvée, afin de noircir encore celle-ci et de jeter en outre une suspicion de partialité sur le bénédictin désigné pour vaquer aux exorcismes ordonnés par le Parlement. Or, il n'y eut jamais de dom Claude à Flavigny, et encore moins de perles sur les ornements d'église de l'Abbaye. Un nommé Poitrin et son fils, charpentiers à Auxonne, ayant déposé très ouvertement contre la possession et les exorcistes, furent dénoncés aussitôt par les religieuses comme étant des magiciens qui venaient les tourmenter dans leurs chambres.

Le médecin Rapin ayant été gravement malade, après les exorcismes, elles avancèrent que cette maladie n'était que la punition de ses fautes. Enfin il n'est pas jusqu'aux questions des exorcistes aux possédées qui ne furent posées avec l'intention de détruire le prestige du commissaire Legoux, en faisant dire contre lui tout ce qui avait, sans doute, été comploté entre eux auparavant, de concert avec elles.

Voici un dialogue qui s'établit entre l'exorciste et la possé-

dée le 25 septembre 1661; la supercherie et la malice de tous deux s'y refléta avec une telle évidence que tous ceux qui, comme le déclare le Commissaire lui-même[1], auraient pu croire à la possession, eussent été obligés « de ne plus y croire et d'imputer tout à folie, à maladie ou méchanceté[2] ».

D. — N'y a-t-il point de charmes pour M. le Commissaire?

R. — C'est assez quand il n'aurait que les papiers de la Colombe, sa vue et ses entretiens.

D. — N'y a-t-il rien de plus?

R. — Il y a enchantement, ligatures les plus fortes qui se soient jamais faites, et un sort dans la chambre où il couche.

D. — En quel lieu est-il?

R. — Je ne le dirai pas, ce sont des secrets de la Colombe et d'Asmodée. Il y en a pour tous les juges; il y en a dans la chambre où président les juges sous le siège du président.

D. — Je te commande au nom de Jésus-Christ la vérité essentielle et première que tu nous dises sans fallace et mensonge si M. Legoux est charmé?

R. — Je t'ai dit qu'il avait des charmes qui lui ont été donnés par la vue de la Colombe et par son souffle en communiquant avec elle je le dis de rechef qu'il a des papiers enchantés touchant les affaires de cette communauté affligée, pour lui donner de l'amour pour la Colombe et l'intéresser dans ses affaires, pour lui donner aussi plusieurs opinions dans l'esprit touchant ces exorcistes et ces filles.

D. — Je te conjure de parler sincèrement et de nous dire les moyens pour détruire ces enchantements?

R. — Tu ne saurais les détruire parce qu'il faudrait faire les choses nécessaires sur la personne même, quand tu lui aurais dit cent fois, il n'en ferait rien.

D. — Arrive ce qu'il plaira à Dieu, je te demande et te commande au nom de Jésus-Christ de me dire ce qu'il faudrait faire pour rompre tous ces charmes?

R. — Il faut qu'il brûle tous ses papiers et tout ce qu'il a de la Colombe, qu'on bénisse ses habits, qu'on détruise par le pouvoir de l'Eglise tous les regards et souffles faits par elle, il faut souffler par-dessus lui tout à l'entour[3].

[1] Manuscrit fonds français, n° 18695, fol. 23 et suivants. Bibliothèque nationale.

[2] *Idem, loc. cit.*

[3] Manuscrit fonds français. « Raisons tirées, etc. Signé Legoux » n° 18695, fol. 24. B. N.

Dans un autre exorcisme de la même époque, on trouva le même but de dénigrement dans les questions posées.

L'exorciste demanda au démon Verrine quelle était la langue des créatures quand elles déposaient devant le Commissaire, de choses si horribles; et l'exorcisée répondit : Il n'y en a point, mais c'est que le Commissaire est injuste, ce n'est pas la première fois qu'il a trompé ! il a ajouté plusieurs choses à leur déposition, par exemple : il a mis qu'une fille avait été déflorée par les sorciers, cela est faux, elle ne l'a jamais dit. Il a trop suivi les ordres de la magicienne; il est vrai qu'il y a des sorts, mais jamais ils n'ont été assez forts pour contraindre la liberté. Dieu sauva bien les hommes en son temps, aussi bien que les autres coupables, témoin : l'injuste Rapin dont le châtiment est encore manifeste aujourd'hui.

Et plus loin :

D. — Que faut-il faire pour le décharmer ?

R. — Qu'il recoure à la Vierge, la priant d'intercéder pour lui envers son fils, à ce qu'il plaise rompre, dissoudre, annuler tous ces charmes. La principale chose qu'il doit faire est de se séquestrer de la Colombe, j'entends de tout ce qui la concerne : s'il le fait, il en ressentira si sensiblement les effets qu'il se trouvera changé absolument, mais qu'il ne le fasse pas à demi; s'il veut le faire, qu'il le fasse tout à fait. Autrement il n'y a rien à faire, qu'il fasse enfin ce qu'il pourra, Dieu fera le reste.

Pour le sort d'Asmodée qui est dans la chambre où il couche, il n'y a rien faire pour le lever. Suspens-en les effets par le pouvoir de l'Église, parce qu'il faudrait que ce fût le démon qui le levât, puisque c'est lui-même qui l'a mis en ce lieu. Je le jure par cet adorable sacrement qui repose sur cet autel, que j'ai été contrainte de vous dire toutes ces choses, non de moi mais par la puissance de ce Dieu, que nous soumettant à son Église, nous le sommes par conséquent envers les ministres d'icelle lesquels m'ayant commandé de dire de la part de leur maître tout ce qu'il m'intimait touchant cela, je l'ai fait fidèlement, et n'ai rien dit que selon ses ordres et sa volonté; que la justice de Dieu s'appesantisse sur mon être se faisant ressentir dans l'étendue de ses rigueurs, si j'ai menti ou fallacié. »

Tels étaient les discours préparés à l'avance et récités par

les exorcisées, pour récuser l'impartialité, le zèle à rechercher la vérité, de tous ceux que le Parlement avait employés dans cette affaire. Aussi ce fut avec la conviction la plus légitime que M. Legoux, auquel nous empruntons les détails qui précèdent, put dire : « [1] Sur tout cela, j'appelle tout ce qu'il y a d'hommes au monde pour nous dire si ces folies doivent être prises pour des marques de possession, si Dijon est criminel, devant Dieu pour ne pas le croire sur ces extravagances, si ce ne sont pas là les vrais caractères de la vengeance et de la ruse d'un esprit qui veut sauver son honneur et celui de ses filles aux dépens du Commissaire et de ceux qui ont travaillé avec lui à la recherche de la vérité, en disant qu'on a ajouté à leurs dépositions qu'elles ont signées, après en avoir entendu lecture dans les formes de la justice. — Interpelle tous les théologiens de nous dire si cet exorciste procède dans l'ordre de l'Eglise, et tout ce qu'il y a d'esprits raisonnables, si la collusion ne paraît pas tout entière en faisant causer une fille sur des sujets de cette nature, et tant plus leur vengeance se manifestera, tant mieux on verra leur esprit féminin qui ne s'est jamais plaint des autres prêtres, ni de leurs exorcistes, au contraire qui ont été loués par ces démons, justifiés par eux, rappelés au monastère duquel ils avaient été sagement exclus par leurs supérieurs, et qu'il a été impossible jusqu'à présent de séparer d'eux parce qu'ils les aiment plus qu'ils ne les craignent et qu'ils s'accommodent fort bien avec eux. »

Après cette habile mise en scène dont les dialogues que nous venons de rapporter, étaient destinés à frapper l'esprit des assistants et à préparer dans l'opinion publique un revirement en faveur de la possession, la commission chargée par le roi de porter un jugement sur cette affaire d'Auxonne pouvait maintenant fonctionner. Tout était prêt pour qu'il fût favorable.

Cette commission se composait de l'archevêque de Toulouse, des évêques de Rennes, de Rodez, de Chalon-sur-Saône, de quatre docteurs de Sorbonne et de Morel, ancien médecin de la ville de Chalon « connu par sa doctrine et son expérience [2] ». Après avoir obtenu les pouvoirs nécessaires

[1] Manuscrit 18695, folio 36 et 37. Bibliothèque nationale, *loc. cit.*

[2] Jugement de nosseigneurs, etc., à Chalon-sur-Saône chez Philippe Tan, imprimeur de la ville, 1662, page 1. Cet imprimé se trouve aussi à la Bibliothèque nationale, manuscrit fonds français, n° 20973, fol. 252.

de l'Archevêque de Besançon pour procéder aux exorcismes, elle se rendit à Auxonne dans le mois de décembre 1661, alors que le Commissaire Legoux s'y trouvait encore pour l'information prescrite par l'arrêt du 18 mars. Instruit de son arrivée, M. Legoux alla trouver l'évêque de Châlon, se mettant à sa disposition pour assister aux exorcismes et lui fournir tous les éclaircissements que sa longue procédure lui avait permis d'acquérir en pareille matière; mais l'évêque déclina entièrement ces offres obligeantes, de sorte que le Parlement n'eut aucune connaissance officielle de tout ce qui eut ainsi lieu en dehors de sa participation. Après avoir vaqué pendant quatorze jours, tant à des visites qu'à des exorcismes dans le couvent d'Auxonne, la commission royale rédigea le 12 janvier 1662, à Paris, un rapport intitulé: « *Jugement de messeigneurs les archevêque, évesques, docteurs de Sorbonne, et autres sçavans, députés par le roy, sur la prétendüe possession des filles d'Auxonne* », dont les conclusions furent en contradiction absolue avec ce qui était acquis par la procédure parlementaire. Il est toutefois remarquable que cette pièce ne fit aucune allusion à Barbe Buvée, ni aux déclarations antérieures des soi-disant possédées, relatives aux maléfices dont elles prétendaient que cette religieuse était l'auteur. Bien que ce rapport ait été imprimé, il était trop important pour ne pas figurer dans notre étude; le lecteur trouvera tout profit à lire la description des exorcismes, dans lesquels les crises de grande hystérie qui s'y produisirent, ne présentèrent aucune différence appréciable avec celle notée dans les exorcismes publics précédents. Au surplus, il comprendra quelle portée pouvait avoir, tant par la qualité de ses signataires que par l'esprit dans lequel il était rédigé, un document contenant l'apologie de la possession et des exorcistes, quand le Parlement s'y montrait résolument hostile.

« [1] Nous, souz-signés, ayans entendu le récit qui nous a esté fait par Monseigneur l'évêque de Chalon-sur-Saône de ce qui s'est passé etc., ont convenu dans le même sentiment après que ledit Seigneur Evesque nous a rapporté.

1. Que toutes les dites filles qui sont au nombre de dix-huit, tant séculières que régulières et sans en excepter une luy ont

[1] Voir la note précédente.

paru avoir le don de l'intelligence des langues, en ce qu'elles ont tousiours respondu fidèllement au latin qui leur estoit prononcé par les exorcistes, qui n'estoit point emprunté du rituel, et encores moins concerté avec eux, souvent mesme se sont expliquées en latin quelquefois par des périodes entières, quelquefois avec des discours achevés qu'une d'entre elles, nommée Anne l'Escossois dite de la Purification, l'un des exorcistes luy parlant en Hirlandois a témoigné l'entendre fort bien, et le luy a expliqué en langue françoise par plusieurs fois.

2. Que toutes ou presque toutes ont témoigné avoir connoissance de l'intérieur et du secret de la pensée, quand elle leur a esté adressée, ce qui a paru particulièrement dans les commendements intérieurs, qui leur ont esté fait très souvent par les exorcistes en divers occasions, ausquelles elles ont obéy très particulièrement pour l'ordinaire, sans que les commendemens fussent exprimés, n'y par paroles, n'y par aucun signe extérieur, dont ledit Seigneur Evesque a fait plusieurs expériences, entre autres en la personne de Denise Parizot servante du Lieutenant Général d'Auxonne,à laquelle ayant fait commandement dans le fond de sa pensée de venir le trouver, pour estre exorcisée, elle y est venüë incontinent quoy que demeurante en un quartier de la Ville assez esloigné disant audit Seigneur Evesque qu'elle avoit esté commandée par luy de venir, ce qu'elle a fait plusieurs fois : Et encore en la personne de la sœur Marguerite Iamin dite de l'Enfant Iésus, novice, en sortant de l'exorcisme, luy dit le commandement intérieur, qu'il avoit fait au démon pendant l'exorcisme : et en la personne d'Humberte Borthon dite de Saint-François, à laquelle ayant commandé mentalement, au plus fort de ses agitations, de venir se prosterner devant le Saint-Sacrement le ventre contre terre, et les bras estendus, elle exécuta le commandement au même instant qu'il eust esté formé, avec une promptitude et une précipitation toute extraordinaire; les autres ecclésiastiques, qui avoient l'honneur d'assister le dit Seigneur Evesque, selon qu'il nous l'a rapporté, en ayant tiré des preuves semblables tous les iours par plusieurs fois; cette expérience estant fort commune chez eux, et cette pratique ordinaire pour les faire obéyr. »

3. Qu'elles ont prédit en diverses occasions les choses qui devoient arriver, particulièrement touchant les maléfices et

les sorts, qui se devoient trouver, non seulement en divers lieux du monastère, où ils ont esté trouvez par effet, mais encores dans les corps des autres filles, auxquelles elles n'avoient pas parlé, qui les ont rendu et vomy à l'heure précisément, que les premières avoient marqué (les démons selon qu'il paroist, se déstruisans ainsi les uns les autres à leur confusion). Quelquefois elles ont découvert au dit Seigneur Evesque et à quelques-uns des ecclésiastiques, des particularitez fort secrètes touchant ses affaires domestiques, et le temps du voyage qu'il estoit obligé de faire à Paris, que luy mesme ne connaissoit pas encores, et ce qui s'est trouvé très véritable par l'avénement, quoy que l'un et l'autre ne deut etre connu par soupçon ny par conjecture.

4. Qu'elles ont presque toutes universellement témoigné, surtout dans la chaleur de leurs agitations une grande aversion des choses sainctes, particulièrement dans les Sacremens de Pénitence, et de la très saincte Eucharistie, estant nécessaire souvent d'y employer plusieurs heures pour en confesser une, à cause des résistances extrêmes et des cris, dont leurs confessions sont interrompuës, ce qu'on ne surmonte qu'à force d'imprécations et de commandemens au démon; et dans la Communion, les convulsions et les mouvemens involontaires apparemment, dont elles estoient saisies, auparavant de recevoir la dite Hostie, et du moment qu'elle estoit reçuë, les cris et les hurlemens effroyables qu'elles faisoient, se roulant par terre, la saincte Hostie demeurant toujours sur la pointe de la langue qu'elles advançoient et retiroient horriblement au commandement de l'Exorciste, sans faire néant-moins aucune injure ou irrévérence au Sacrement, quelquefois l'espace d'une demie heure plus ou moins, tant que les espèces estant avallées, la fille demeuroit tranquille en un moment, et sans mémoire de tout ce qui s'estoit passé; qu'elles ont témoigné des répugnances et des fureurs extraordinaires à l'approche des Reliques des Saincts, qu'elles ont souvent reconnu, et nommé tout haut, sans les avoir apperceu, et sans avoir rien appris : que presque toutes (Monseigneur ayant quelquefois imposé les mains secrètement, et sans qu'elles peussent le connoistre) ont témoigné le sentir en criant que cette main leur estoit insupportable, et qu'elle estoit pesante, et qu'elles en estoient brûlées, que dans la chaleur des exorcismes, et surtout pendant la saincte

Messe elles ont souvent vomy des blasphèmes, et des exécrations si horribles, et si fréquentes contre Dieu et sa sainte Mère, qu'il estoit impossible de les ouyr sans frayeur, et qui ne peuvent sortir vray semblablement que de la bouche du démon.

5. Qu'estant pressées de donner des marques surnaturelles, pour iustifier la présence du démon, elles semblent y avoir obéy, entre autres une nommée Denise Parizot servante, commandée par Monseigneur de faire cesser le pouls entièrement au bras droict, pendant qu'il battoit au gauche, et puis transférer le battement du bras gauche au droict, pendant qu'il cesseroit au gauche, elle l'a exécuté punctuellement en présence du médecin qui l'a reconnu et déposé, et de plusieurs ecclésiastiques; que la sœur de la Purification a faict la mesme chose deux ou trois fois, l'une et l'autre pleine de santé, agissant et parlant à son ordinaire, le faisant battre et cesser, selon qu'il luy estoit commandé par l'exorciste, que la sœur Marguerite Iamin dite de l'enfant Iésus a faict la mesme chose, et au commandement de l'exorciste, ayant fait enfler la poictrine d'une grosseur monstrueuse au seul commandement, accompagné du signe de la croix, elle désenfla au même instant, et cela par trois fois, avec un effect surprenant, et aussi prompt que la parole, que la sœur Lazare Arivey dicte de la Résurrection vint à l'un des ecclésiastiques, portant dans sa main vn assez long-temps, vn charbon de feu tout allumé, sans en témoigner aucun sentiment, et plusieurs autres effects de pareille nature quil seroit difficile de rapporter.

6. Qu'au simple commandement de l'exorciste elles ont paru quelquefois dans une insensibilité prodigieuse, et entre autres la nommée Denise, Monseigneur ayant faict commandement au démon de suspendre les sens de la fille, en sorte qu'elle ne sentit aucune douleur, et ayant déclaré qu'elle estoit en cet estat un' espingle luy estant enfoncée par le Médecin présent, dans le doigt, au lieu ou il s'attache en haut de l'ongle, ou il disoit estre le plus sensible, elle témoigna n'en rien sentir du tout, estant commendée d'arrester le sang, l'espingle fut retirée de la playe sans tirer du sang. estant commandée de le laisser couler, il coula aussi-tost avec abondance, et après que le commandement luy eut esté faict encores de s'arrester, il cessa de couler, l'ayant encore

faict quelques iours aprés, en la personne de la sœur de la Purification, la peau du bras luy ayant esté percée de part en part par vn' esguille enfoncée iusques à la teste dans les doigts, sans qu'il y parust ny de douleur, ny de sang, sans que la fille parust ny malade, ny assoupie, mais parlant et pressant les assistants d'y employer le fer et le feu, protestant de n'en rien sentir absolument, quelques unes d'entre elles, particulièrement la sœur de la Purification, ayant esté empêchée de sortir du monastère une nuict qu'elle devoit estre enlevée au sabat, selon que les autres avoient asseuré dans l'exorcisme les iours précédents, dans le mesme de cette assemblée prétenduë estoit tombée tout d'un coup dans un' espèce d'assoupissement et d'insensibilité mérueilleuse qui auoit duré cinq quarts d'heure ou plus, aliénée de tous les sens, sans mouvement, sans parole, sans connoissance, les bras croisés sur la poictrine et si roides, qu'il fut impossible de les ouvrir, et les yeux fermés, et puis ouverts, mais fixes et arrestés, et sans rien veoir, selon qu'il parroissoit, en ce que passant les mains, elle ne silloit point les paupières telle qu'une personne morte, ou privée de l'vsage de tous les sens, qu'estant revenuë de cette extase, elle disoit avoir esté transportée au sabat en esprit et disoit tout ce qu'elle y avoit veu.

7. Qu'elles ont paru ietter souvent du fonds de l'estomac, après plusieurs heures de coniurations et d'exorcismes, de certains corps étrangers qu'ils appellent des sorts et maléfices de différente espèce, des morceaux de cire, des ossements, des cheveus, des cailloux d'une grosseur et d'vne taille qu'il est malaisé de croire, qu'ils puissent passer par la gorge naturellement, comme nous l'avons iugé, nous ayant esté représentés, tel se trouvant plus large, et beaucoup plus espais qu'un escu blanc, que la nommée Denise entre autres après trois heures d'exorcismes et de violence exraordinaire, avoit ietté par la bouche vne grenoüille ou crapaut vivant de la largeur de la palme de la main, qui fut brûlé au mesme temps.

8. Que les démons, dont les filles se disoient possédées, pressés de sortir par la voye des exorcismes en la présence du Saint-Sacrement ont paru donner des signes surnaturels et convainquants, que la nommée Denise, les démons ayants receue commandement de sortir, et pour signe de casser une vitre qui leur fust monstrée du doict par mon dit Seigneur

la fille fut délivrée, et la vitre cassée par effect, que la sœur Humberte Borthon dicte de Saint-François se trouva absolument et entièrement guérie du jour de la Présentation de la Vierge 1661, pour marque de sa délivrance jetta par la bouche un taffetas plié, dans lequel paroist escript en lettre rouge le nom de Marie, et quatre autre capitales, qui marquent le nom de saint Hubert, et du Bien-heureux François de Sales, que la sœur dicte de la Purification avoit esté délivrée de plusieurs démons le iour de saint Grégoire le Taumaturge, pour signe de cette grace rendit par la bouche un morceau de drap dans vn cercle de cvivre, dans lequel estoit escript le nom de Grégorius, que le mesme iour de la Présentation, la sœur de la Purification pour marque d'vn' autre délivrance de plusieurs démons chassés de son corps dans le commencement de l'exorcisme, fit paroistre en un instant escript sur son bandeau en gros charactères, comme de sang, IESUS, MARIE, IOSEPH, ce bandeau ayant esté veu tout blanc par les exorcistes un moment auparavant.

9. Que parmy les mouvements et les postures violentes, dont elles sont agitées pendant l'exorcisme, quelques unes ont paru si extraordinaires qu'elles ont esté iugées passer, non seulement le pouvoir d'une fille, mais encore les forces de la nature ; que la sœur Borthon dicte de Saint-François commandée d'adorer le Saint-Sacrement s'est prosternée touchant la terre de la poincte de l'estomac, la teste, les pieds, les mains, aussi bien que le reste du corps portés en l'air; que la sœur de la Résurrection a faict la mesme chose, elle y a paru quelquefois prosternée tout le corps plié comme un cercle, en sorte que la plante de ses pieds venoit lui toucher au front; que les nommées Constance et Denise ont esté veuës quelquefois renversées contre terre, qu'elles touchoient seulement du sommet de la teste et de la plante des pieds, tout le reste du corps en l'air, et marcher en cet estat; que toutes ou presque toutes demeurant à genoüil, et les bras croisez sur l'estomac se sont courbées en arrières, de sorte que le haut de la teste alloit joindre la plante des pieds, la bouche venoit baiser la terre, et former de la langue un signe de croix sur le pavé; quelques unes entre elles, entre autres la sœur Catherine dans l'exorcisme avoit paru la teste renversée, les yeux ouverts, en sorte que la prunelle s'estant retirée absolument sous la paupière supérieure, on ne vit que

le blanc des yeux, perdant apparemment l'usage de la veuë dans ce moment, ce qui estoit effroyable à voir; que la nommée Denise qui paroit ieune et infirme, estant agitée a pris avec deux doigts un vase d'vn espèce de marbre rempli d'eau béniste, si pesant que deux personnes des plus robustes auroient peine de souslever, et tiré de son pied d'estail et la renversé par terre, avec autant de facilité qu elle auroit eu pour vn morceau de pierre : ce qui leur est arrivé souvent aux vnes et aux autres, dans la chaleur de leur transport est de frapper la teste contre la muraille, ou sur le pavé, plusieurs fois par des coups si violents et si rudes, qu'apparemment elles en devoient estre offencées avec effusion de sang, sans qu'il ayt paru n'y meurtrissure, n'y contusion, n'y marque.

Que toutes ces filles sont de différente condition, il y en a de séculières, des novices, des postulantes, et des professes, il y en a des jeunes, il y en a qui sont aagées, quelques vnes sont de la ville, les autres n'en sont pas, quelques vnes qui sont de bonne condition, d'autres de basse naissance, quelqu'vnes qui sont riches, et d'autres qui sont pauvres, et de moindre condition : qu'il y a dix ans ou plus que cette affliction est commencée dans ce monastère, qu'il est malaisé que depuis un si long-temps vn dessein de fourbe et de fripponnerie put conserver le secret parmy des filles en si grand nombre, de condition et d'interest si différentes, qu'aprés une recherche et une enqueste la plus exacte, le dit seigneur Evesque n'a trouvé personne, soit dans le monastère, soit dans la ville, qui ne luy ayt parlé advantageusement de l'innocence, et de la régularité, tant des filles que des ecclésiastiques, qui ont travaillé deuant luy aux exorcismes, et qu'il témoigne auoir reconnu de sa part en leur déportemens pour des personnes d'exemple, de mérite, et de probité, témoignage qu'il peut deuoir à la iustice et à la vérité. »

« *Ioinct à ce que dessus le certificat à nous présenté du sieur Morel médecin présent à tout, qui asseure que toutes ces choses passent les termes de la nature, et ne peuvent partir que de l'ouvrage du démon.* »

« *Le tout bien considéré, nous estimons que toutes ces actions extraordinaires en des filles, excèdent les forces de la nature humaine, et ne peuvent partir que de l'opération du démon, possédant et obsédant ces corps, c'est notre sentiment. Fait à Paris, ce 20 janvier 1662.* »

« *Signé : Marc, archevesque de Toulouse, Nicolas, évesque de Rennes, Henry, évesque de Rodes, Iean, évesque de Chalon sur Saône, François Annat, Morel, N. Cornet, M. Grandin, frère Philippe Le Roy.* »

(*A suivre.*)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. Documents relatifs a l'usage de l'opium aux Indes, d'après le corps médical de l'armée des Indes.

Intéressante enquête entreprise par le *British medical journal* auprès de 100 médecins militaires anglais. Il en ressortirait que l'usage de l'opium est très répandu même parmi les Européens, que son usage modéré n'est pas si nocif qu'on pourrait le croire; objet de luxe dans la classe riche, objet de nécessité pour le pauvre qui trouve dans cet excitant un complément de son alimentation, l'opium est en Orient ce qu'est l'alcool en Grande-Bretagne; il serait même moins nocif puisque la criminalité due à l'alcoolisme semble considérable tandis que celle relevant de l'opium serait nulle.

Les médecins ayant fourni ces renseignements, disent qu'ils prennent indifféremment des serviteurs fumeurs d'opium ou non tandis que tous les buveurs d'alcool sont soigneusement éliminés autant que faire se peut. Enfin sur la quantité d'autopsies d'indigènes qu'ils ont faites, ils ne trouvent aucune lésion organique imputable à l'opium, différenciant ceux qui en feraient usage, alors qu'il en est tout autrement de l'alcoolisme. C'est presque un plaidoyer en faveur de l'usage de l'opium, les médecins qui ont fourni les renseignements pourraient bien être en majorité des fumeurs d'opium, ils paraissent avoir plaidé leur propre cause.

Dr A. Marie.

II. Thérapeutique par l'extrait du corps thyroide; par les Drs West, Raven, Squire Balmanno et Gordon. (*British medical journal*, janvier 1894, nos 1723, 1726.)

Dans le même numéro citons encore plusieurs applications des tabloïdes d'extrait thyroïdien, l'une dans le traitement du psoriasis, *trois cas*, l'autre dans *deux cas* de myxœdème datant de vingt ans

chez un homme et une femme âgés. Quatre photographies : disparition de l'hébétude, de l'infiltration des paupières et des extrémités, de la tuméfaction des lèvres de la langue et de l'œdème des cordes vocales, disparition des troubles respiratoires et phonétiques. A. MARIE.

III. OBSERVATION D'HYDROCÉPHALIE CHRONIQUE TRAITÉE PAR LE DRAINAGE; par les Drs BASKETT et OXORS.

C'est un hérédo-syphilitique hydrocéphale auquel les auteurs ont ponctionné la fontanelle antérieure.

Suspension momentanée des accidents convulsifs, bientôt reparus puis suivis de mort en dépit de l'écoulement permanent du liquide céphalo-rachidien.

L'enfant de deux mois et demi a vécu trois mois après l'opération. L'autopsie montre des lésions inflammatoires au niveau de la plaie opératoire; néanmoins l'auteur se croit en droit de conclure à l'opportunité d'une telle intervention dans des cas analogues « de même dit-il, que la morphinisation est indiquée comme palliatif dans le cancer ». Voilà un aveu dépourvu d'artifices, les crâniectomistes ne pourraient dire mieux. A. MARIE.

IV. ÉLONGATION ET RÉSECTION DU NERF MÉDIAN DANS DEUX CAS DE NÉVRITE TRAUMATIQUE ; par le Dr Le Dentu. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 2.)

Conférence sur deux cas de névrite traumatique du médian. Les névrites traumatiques provoquent dans les régions innervées par les nerfs malades la triade : paralysie, anesthésie, troubles trophiques, sans compter la douleur inconstante, mais parfois excessivement violente, causée par la lésion nerveuse elle-même. C'est en réalité le tableau clinique, sauf la douleur de certaines myélopathies comme la syringomyélite par exemple. Le diagnostic différentiel est parfois difficile quand le trauma n'a pas laissé de trace, ou bien quand il est constitué par une contusion chronique, comme dans les cas d'atrophie avec parésie des membres supérieurs, à la suite de l'usage prolongé des béquilles. Se rappeler alors que les myélopathies se traduisent, dans certains cas, par la dissociation de la sensibilité et non par de l'anesthésie totale; se rappeler aussi que les paralysies et anesthésies à cause centrale sont plutôt segmentaires, alors que les mêmes phénomènes, dus à des névrites, se localisent dans les territoires innervés par les nerfs malades et leurs branches.

Comme moyen thérapeutique contre les accidents des névrites traumatiques, on ne connaissait autrefois que l'amputation, quand la douleur était violente et tenace. Aujourd'hui l'intervention chi-

rurgicale comprend la simple élongation du nerf, quand celui-ci n'est pas profondément lésé, ou l'excision du nerf, quand celui-ci est au contraire très altéré, sectionné partiellement ou très adhérent aux tissus voisins. La guérison, dans les deux cas relatés par M. le Dr Le Dentu, fut obtenue dans un cas, par l'élongation, dans l'autre, par l'excision. Chez les deux malades, progressivement et en peu de jours, la paralysie et l'anesthésie se dissipèrent, les troubles trophiques disparurent, et l'organe impotent, la main, récupéra sa force et son habileté anciennes.

V. Le traitement des psychoses dégénératives; par le Dr J. Morel.

Le traitement de tous les individus ayant une tare mentale et conséquemment leur préservation des maux qui les menacent, doit commencer dès leur plus tendre enfance. Les résultats obtenus par l'éducation physique et mentale dans les asiles spéciaux sont assez bons pour qu'on n'ait pas à désespérer *a priori* de l'avenir d'un enfant, à moins qu'il ne rentre dans la catégorie des idiots inférieurs. En ce qui regarde le pronostic, l'auteur estime que trop souvent on fait entrer l'hérédité en ligne de compte pour assombrir le pronostic; à son avis l'hérédité, lorsqu'elle n'est pas trop chargée, n'est pas incompatible avec l'espoir d'une guérison.

Il faut se rappeler que le surmenage est nuisible aux dégénérés et, par conséquent, c'est avec régularité et modération que leur jugement et leur esprit doivent être éduqués. Il en est de même pour les exercices du corps, pour le développement de leur intelligence et de leur sensibilité : c'est par la pondération, par l'effort lent et continu qu'on arrivera à des résultats; aussi cette éducation demande-t-elle une attention de tous les instants.

L'auteur a visité tous les asiles de France, d'Allemagne, d'Autriche et d'Angleterre : il a été surpris dans beaucoup d'entre eux, de voir négligée l'éducation des jeunes malades.

M. Morel vante beaucoup les maisons de réforme pour les jeunes criminels. L'éducateur doit s'efforcer de découvrir les dispositions naturelles des enfants afin de les utiliser dans le choix d'une profession : le point important pour l'éducateur est d'obtenir la confiance du jeune malade. La conclusion est un vœu demandant la création de maisons spéciales pour les enfants arriérés. (*American journal of insanity*, 1893.) E. B.

VI. De la morphologie des contractures réflexes intrahypnotiques et de l'action de la suggestion sur ces contractures; par M. Charles Schaffer. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*. 1893, n° 6, et 1894, n° 1.)

Expériences faites sur une hystérique qui présente d'une façon très nette et invariable les phénomènes de la contracture muscu-

laire réflexe, c'est-à-dire qu'une excitation quelconque de la sensibilité produit chez elle une contracture musculaire toujours la même, quand les conditions expérimentales sont identiques. Soit qu'on excite la sensibilité cutanée par des frictions, le sens de l'ouïe par le diapason, le sens du goût par du sel pulvérisé placé sur la langue, la rétine enfin par la présence devant l'œil d'un objet blanc, le résultat est le même : il y a contracture de tous les muscles du corps du côté opposé à celui sur lequel l'excitation a agi. Si l'excitation porte sur les deux côtés du corps, la contracture est bilatérale, généralisée; même résultat si l'excitation porte sur la partie médiane du corps. Mais c'est l'excitation de la rétine qui donne des résultats plus compliqués : si l'excitation porte sur la macule jaune, ou sur un point de la perpendiculaire passant par la macule jaune, il y a contracture généralisée; si la rétine est impressionnée partiellement dans sa partie nasale droite, par exemple, il y a contracture du côté droit; si elle est impressionnée dans sa partie temporale, il y a contrature du côté opposé, c'est-à-dire contracture gauche. Ce phénomène est sous la dépendance de l'entre-croisement partiel des nerfs optiques. — En plus, si on provoque chez ce sujet, par la suggestion, des anesthésies diverses, ce qui revient à susciter chez lui des hallucinations négatives, les excitations ne produisent plus les mêmes réactions que précédemment.

En discutant et interprétant les résultats de celles des expériences qui ont trait aux excitations rétiniennes, l'auteur est amené à présenter cette proposition : le faisceau non croisé du nerf optique droit fournit à la moitié temporale de la rétine droite des filets nerveux éveillant des sentiments de lumière et en même temps des mouvements des réflexes; la moitié nasale de la rétine possède seulement des fils donnant des réflexes. Le follicule non croisé du nerf optique s'étend à la moitié nasale de la rétine de l'œil droit par des filets nerveux conduisant des sensations de lumière et des réflexes, à la moitié temporale avec des filets nerveux donnant seulement des mouvements réflexes.

Enfin, la conclusion générale de toutes les expériences et de tous les phénomènes observés est celle-ci : 1° les réflexes intrahypnotiques suivent un trajet cortical; — 2° l'hallucination positive est une excitation presque analogue à une excitation périphérique réelle, parce que le résultat, avec les deux procédés, est le même, c'est-à-dire une contracture; — 3° une hallucination négative ne reste pas limitée à un lieu circonscrit, mais se transmet aux centres sensoriels d'un même hémisphère avec une intensité plus ou moins grande. CAMUSET.

VII. TROIS CAS DE CRÉTINISME SPORADIQUE TRAITÉS PAR L'INGESTION DE GLANDE THYROÏDE; par TELFORD, SMITH et RAILTON.

La glande thyroïde du veau, comme principal aliment, a été

employée pendant près d'un an. Les résultats seraient excellents, à en juger par les photographies, en ce qui concerne l'état physique du moins. Quant à l'état mental, ajoute M. Railton, on ne saurait prétendre que cette thérapeutique puisse aller sans un traitement pédagogique spécial; l'expérience ultérieure permettra de juger si cette thérapeutique préalable rend plus facile l'éducation des sujets traités. (*British med. Journ.*, 2 juin 1894.) A. MARIE.

VIII. EXTRAIT DE CORPS THYROÏDE DANS LE TRAITEMENT DU PSORIASIS; par BYROM BRAMWELL.

Observation très intéressante de jeune fille traitée et guérie par les tabloïdes d'extrait thyroïdien.

Photographies à l'appui. Dans les cas de dermoneuroses analogues, l'emploi de ce mode de traitement paraît indiqué.

Le numéro suivant du 14 avril contient deux observations de lupus traité et guéri par la même méthode du même auteur (huit photographies). (*British med Journ.*, 24 mars 1894.) A. MARIE.

IX. IMPORTANCE DE LA SUSPENSION DANS QUELQUES MALADIES DE LA MOELLE; par W. DE BECHTEREW. (*Neurolog. Centralblatt.*, 1893.)

L'appareil de Sprimon (figures) lui a donné d'excellents résultats dans le tabes dorsal et surtout dans la compression de la moelle, la myélite par compression, les cas anciens de syphilis médullaire, quelques cas de myélite transverse. Amélioration de la moelle, augmentation de la force des extrémités inférieures, suppression des paresthésies, diminution ou disparition de la douleur et de l'hyperesthésie, suppression plus ou moins complète des troubles fonctionnels vésico-rectaux, atténuation de l'hyperexcitabilité réflexe des membres inférieurs. Si l'on joint à la suspension les cautérisations le long de la colonne vertébrale, on obtient mieux encore. Mais il faut s'abstenir de la suspension quand il y a complications inflammatoires des méninges (hyperesthésie des régions vertébrales et douleurs spinales). P. K.

X. NOTE SUR DEUX CAS DE CHIRURGIE CÉRÉBRALE; par le Dr CHIPAULT.

Le premier cas est relatif à un enfoncement du pariétal gauche chez une fillette de neuf ans. Ce traumatisme fut suivi d'une paralysie faciale du côté droit. L'intervention opératoire destinée à réduire cet enfoncement du pariétal, fut suivie d'aphasie motrice et d'agraphie. Huit jours après l'opération, la paralysie faciale, l'agraphie et l'aphasie avaient complètement disparu.

Le second cas a trait à un gliome sous-cortical, du volume d'une

cerise, sans relief extérieur, placé à 1 demi-centimètre de profondeur dans la deuxième frontale, à 3 centimètres environ de son origine sur la frontale ascendante. Les troubles présentés par le malade consistaient en crises d'épilepsie jacksonienne à auras variables, et datant de neuf années.

L'aura primitif était une rotation du cou vers la gauche, bientôt suivie de convulsions du bras et de la jambe gauches. Plus tard, l'aura ne partait plus du cou comme autrefois, mais de la main ou du pied. Peu à peu, le bras et la jambe gauches s'affaiblissent, et depuis 1891, le bras est complètement paralysé. Cette paralysie du bras gauche dirige l'intervention opératoire vers le milieu de la ligne rolandique. L'exploration de la surface cérébrale sur une ouverture de 6 centimètres de diamètre, ne donne aucun résultat. La plaie se réunit très bien, sans élévation de la température, mais la paralysie persiste et le malade s'affaisse rapidement et meurt dans le gâtisme vingt jours après.

Cette observation est intéressante, car la tumeur siégeait en un point noté d'ordinaire comme appartenant au centre de la face et des paupières : il semble donc que la tumeur, sans avoir d'action sur les éléments nerveux dont elle occupait le siège, ait surtout agi périphériquement, en haut sur le centre de rotation de la tête et du cou, en arrière sur le centre du bras. La mort rapide du malade montre aussi que les grands traumatismes chirurgicaux du cerveau et du crâne ne sont pas sans danger en dehors de toute infection. (*Revue neurologique*, 1893.) E. Blin.

XI. Contribution a la question de la paralysie générale progressive des aliénés et a son traitement chez les syphilitiques; par J.-J. Platonow. (*Centralbl. f. Nervenheilk.* N. F. iv, 1893.)

Quatre observations dont une très complète.

Conclusion. — 1° Le rapport étiologique entre la syphilis et la paralysie générale est encore vague; — 2° il n'y a pas plus de raisons pour repousser ce facteur paralytique que pour l'accepter positivement. Il y a des paralytiques généraux non syphilitiques et il y a des paralysies générales issues de la syphilis; — 3° la cause prochaine et essentielle de la paralysie générale émane, en chaque cas particulier, des éléments probants de la clinique; — 4° si, en un cas donné, il est très probable qu'il y a un rapport entre la paralysie générale et la syphilis, il vaut mieux employer le traitement antisyphilitique que le repousser; — 5° traiter la syphilis, c'est élémentaire, mais il faut aussi joindre au traitement antiseptique des bains chauds, des bains de vapeur, une alimentation bonne et régulière. P. K.

XII. Injections hypodermiques d'extraits de substance cérébrale dans l'aliénation mentale; par Ryau (de Norfolk).

La cérébrine, dite alpha, fut injectée au bras, pendant quinze jours, à six malades. Accidents signalés : fièvre, syncope, érythème. Un cas de guérison (mélancolie avec idées de persécution). Les autres cas sans amélioration se décomposaient en mélancolie chronique, deux; amnésie primaire, deux; manie aiguë, une. (*British med. journ.*, 3 février 1894.) A. Marie.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

I. Le tonus palatinus chez les aliénés; par le Dr Ferrari. (*Riv. sp. di fren.*, t. XIX, fasc. 4, 1893.)

Sur un total de 1,121 crânes d'aliénés (hommes 493, femmes 628), l'auteur a trouvé un torus mamelonnaire, 251 fois (107 hommes, 244 femmes); un torus en dos d'âne 232 (103 hommes, 129 femmes). Le torus était complet seulement dans 340 cas (105 hommes, 235 femmes) et partiel dans 217 (88 hommes, 119 femmes). La présence d'un éperon, représentant comme un torus rudimentaire a été constatée 10 fois antérieurement (8 hommes, 2 femmes) et 128 fois postérieurement en proportions égales dans les deux sexes. La présence du torus sur le vivant a été constatée 49,58 p. 100 chez la femme et 39,17 p. 100 chez l'homme. J. Séglas.

II. Des auto-intoxications dans les maladies mentales, faits d'ordre chimique et expérimental; par E. Régis et Chevalier-Lavaure. (*Arch. clin. de Bordeaux*, 1893, nos 10 et 11.)

III. Un cas de folie systématisée religieuse avec hallucinations psycho-motrices, orales et graphiques; par le Dr E. Régis. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, no 4.)

IV. Des rapports de l'œil avec l'épilepsie; par le Dr Georges Martin. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, nos 13 et 14.)

L'astigmatisme, pas plus que l'hypermétropie, ne peut être accusée d'être un facteur agissant fréquemment pour engendrer

l'épilepsie. — Entre les mains de l'auteur, cette maladie n'a été modifiée en aucune façon par l'usage des verres correcteurs, soit de l'astigmatisme, soit de l'hypermétropie. Quelques faits relatés par Stevens montrant la possibilité de remédier, dans certains cas, à cette maladie par les moyens optiques, il convient cependant, en présence d'un épileptique dont rien n'explique la maladie, de penser à l'état oculaire. E. Régis.

V. Cas de folie consécutive a une ovaro-salpingectomie; par le Dr E. Régis. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 37.)

VI. Automatic writing. (*British medical journal*, janvier 1894, nos 1724, 1725.)

Amusante polémique, un télépathe raille la médecine de s'être d'abord moqué de l'écriture médianimique dont elle s'occupe maintenant sous un autre nom. Le Dr James Rorie fait justice de toute interprétation mystique en rappelant les grandes lois de l'automatisme psychique et l'indépendance relative des centres nerveux dont l'agrégat complet forme le substratum du moi-conscient.

VII. Crétinisme sporadique; par Byrom Bramwell (d'Edimbourg). (*British medical journal*, janvier 1894, n° 1723.)

C'est un cas de myxœdème chez une petite fille de seize ans et demi; six photographies nous montrent une enfant sans goitre apparent, à facies rappelant la face du boule-dogue, lèvres ouvertes et pendantes, langue tuméfiée; beaucoup d'analogie avec le feu Pacha et les autres idiots myxœdémateux du service de M. Bourneville à Bicêtre et avec le cas actuellement à Sainte-Anne dans le service de M. Magnan. Par l'extrait de glande thyroïde, l'auteur dit avoir obtenu une augmentation de la température rapprochée de la normale, la souplesse plus grande de la peau avec fonctions des glandes sudoripares et développement des follicules pileux, augmentation des forces musculaires permettant la station assise en équilibre et un éveil relatif des fonctions cérébrales en six mois.

A. Marie.

VIII. Des indices physionomiques de la démence apathique; par J. Sikorsky. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1893, n° 4.)

Cette étude est rendue claire et compréhensible surtout par les excellentes photographies qui accompagnent le texte et qui reproduisent toutes les délicates modifications de la mimique, auxquelles

l'auteur attribue à juste titre une grande importance diagnostique.

La démence apathique, caractérisée surtout par l'affaiblissement ou la perte de la mémoire et par un état général d'indifférence, et qui est due à un affaiblissement notable, pouvant aller jusqu'à la disparition totale des fonctions psychiques, est produite par l'atrophie de l'écorce cérébrale. Elle imprime à la physionomie des caractères spéciaux qui ne manquent jamais, mais qui se montrent à des degrés divers. Ce sont : 1° l'affaiblissement du muscle orbitaire inférieur qui est le premier indice de la démence ; 2° l'affaiblissement de l'élévateur de la paupière supérieure ; 3° l'affaiblissement total des muscles innervés par le nerf inférieur de la face, d'où un contraste marqué entre l'hyperkinésie du frontal et l'akinésie des muscles inférieurs de la face ; 4° l'ophtalmoplégie interne (l'auteur désigne ainsi l'ensemble des troubles moteurs de l'intérieur de l'œil, inégalité et déformation des pupilles, troubles des réflexes dans les muscles ciliaires, dans l'iris); 5° transformation spéciale de la mimique et de la physionomie, que les cliniciens cherchent à déterminer en disant que le visage est devenu bestial, qu'il a pris la forme d'un masque.

Ces différents caractères de la mimique s'expliquent par ce fait que l'innervation des muscles peauciers de la face est sous la dépendance de l'écorce cérébrale. La parésie de ces muscles dans la démence provient des troubles qui affectent, dans cette affection, la substance grise périphérique du cerveau. On peut donc admettre, en résumé, que la démence apathique, dont les caractères cliniques sont l'affaiblissement et la privation des fonctions psychiques, est caractérisée *anatomiquement* par l'atrophie systématisée de l'écorce cérébrale, et *mimiquement* par l'affaiblissement ou la privation totale de la mimique. CAMUSET.

IX. LE JUIF-ERRANT DE LA SALPÊTRIÈRE, ÉTUDE SUR CERTAINS NÉVROPATHES VOYAGEURS; par M. Henry MEIGE. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1893, n°s 4, 5 et 6.)

Ce travail a été analysé par M. J.-B. Charcot dans le tome XXVI, p. 343, des *Archives de Neurologie*.

X. OSTÉO-ARTHROPOTHIE AIGUE CHEZ UNE ALIÉNÉE; par M. POTOVSKI. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1893, n° 6.)

Femme quarante ans, l'aliénation mentale débute quelque temps après une fausse couche. D'abord état maniaque, ensuite état dépressif avec délire. Puis les deux états d'expansion et de dépression se remplacent et s'entremêlent, mais petit à petit un cycle régulier s'établit, et en même temps la démence apparaît et se prononce de plus en plus. A mesure que cette vésanie évolue, des

maladies somatiques apparaissent et se succèdent : périostite de la clavicule à droite, du fémur à gauche, arthropathie du membre supérieur gauche, phlemon à l'avant-bras gauche, œdème, taches violacées de la peau dans le voisinage des arthrites. La malade n'est atteinte d'aucune diathèse, il s'agit de troubles trophiques sous la dépendance de la maladie mentale. Il est probable que les troubles trophiques de ce genre doivent se rapporter plus spécialement à certaines formes phychopathiques, mais la question n'est encore guère étudiée. CAMUSET.

XI. ÉPILEPSIE PARASYPHILITIQUE, par le professeur FOURNIER.

On voit parfois se produire au cours de la syphilis une épilepsie très différente à divers titres de ce qu'on a appelé l'épilepsie syphilitique ou mieux la forme épileptique de la syphilis cérébrale. Cette épilepsie présente les caractères suivants :

1° Elle débute en pleine santé, sans le moindre prodrome, sans la moindre cause de nature à la motiver. — Généralement, elle a pour début un grand accès comitial;

2° Au delà, la maladie est constituée par un mélange d'accès de grand mal et d'accès de petit mal. — Elle subsiste en tant qu'épilepsie pure et simple, sans association d'autres phénomènes morbides (troubles congestifs, intellectuels, moteurs) ;

3° Elle est durable, et longuement durable;

4° Elle ne subit des remèdes antisyphilitiques aucune action, ni curative, ni même temporairement suspensive ;

5° Elle n'a paru jusqu'ici être influencée que par la médication bromurée qui la modère ;

6° Elle appartient à l'époque tertiaire de la syphilis et paraît même n'en constituer qu'une manifestation tardive par excellence. A tous égards, cette affection se rapproche de ces curieuses affections auxquelles on a appliqué, dans ces derniers temps, le qualificatif d'affections parasyphilitiques. Elle s'en rapproche en effet, à un triple point de vue : 1° en ce qu'étiologiquement elle procède d'une origine syphilitique ; 2° en ce que, quant à ces symptômes, elle ne présente rien qui appartienne en propre à la syphilis; 3° en ce qu'elle n'est pas influencée par le traitement antisyphilitique. Elle est à la syphilis ce qu'est à cette même maladie la syphilide pigmentaire, ce que lui est le tabes ou la paralysie générale ; c'est-à-dire qu'elle dérive de la syphilis comme origine, sans avoir la nature, l'essence d'une manifestation syphilitique. (*Revue neurologique*, 1893). E. BLIN.

XII. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ACTES PUREMENT AUTOMATIQUES CHEZ LES ALIÉNÉS, par le professeur M. BOMBARDA.

Les faits d'observation qui font le sujet principal de cette étude

démontrent que les régions psychomotrices peuvent être directement excitées à produire, non des mouvements brusques, désordonnés comme ceux d'une épilepsie, mais des mouvements ayant tout le caractère d'actes volontaires et intentionnels, c'est-à-dire que l'automatisme des régions psychomotrices peut se manifester, non seulement par la mise en action des centres qu'elles contiennent et anatomiquement disposés dans le même groupe, dans la même masse, mais encore par le fonctionnement simultané de centres dispersés anatomiquement et intimement liés entre eux par les communications que la répétition physiologiqne des mêmes actes a établies depuis longtemps. (*Revue neurologique*, 1893.) E. B.

XIII. Note sur des vergetures transversales de la région lombo-sacrée fréquentes chez les épileptiques; par les docteurs Féré et Schmid.

Les vergetures sont le plus souvent en rapport avec un changement de volume rapide des parties sur lesquelles on les voit se développer. Quelquefois cependant, les vergetures ont paru n'avoir aucun rapport avec une distension excessive et rapide et mériter le nom d'atrophie cutanée progressive. — Dans deux cas observés à la Salpêtrière, la cause des vergetures restait douteuse et on pouvait se demander s'il ne s'agissait pas de troubles trophiques : chez ces malades, il existait des vergetures transversales de la région lombaire. Cette même disposition est fréquente chez les épileptiques et les auteurs l'ont rencontrée chez 26 sujets sur 72, soit une proportion de 15, 11 p. 100. Ces vergetures transversales sont groupées à la région lombo-sacrée.

D'après les recherches et les mensurations faites par les auteurs, la grande longueur du tronc par rapport à la taille constitue une des conditions étiologiques de ces vergetures lombo-sacrées. Il n'y a pas là trouble trophique, mais développement disproportionné du rachis par rapport aux membres inférieurs, d'où résultent un tiraillement de la peau à la limite des deux régions et les vergetures lombaires. (*Revue neurologique*, 1893.) E. B.

XIV. Note sur les anomalies du testicule chez les dégénérés et en particulier sur les inversions de l'épididyme; par les Drs Féré et Batigne.

Les anomalies du testicule chez les dégénérés ont été étudiées dans ces dernières années, mais les anomalies qu'on a encore en vue sont surtout les anomalies grossières, la microrchidie, la cryptorchidie, etc... ; c'est à peine si l'on trouve une mention de l'inversion du testicule. Dans un examen ayant porté sur 171 épileptiques, l'auteur a rencontré la microrchidie chez 9,35 p. 100. Les

inversions du testicule se sont montrées sous plusieurs formes l'inversion antérieure est la plus fréquente et s'est présentée chez 11,11 p. 100. On a trouvé, en résumé, 34 anomalies de position de l'épididyme sur 171 épileptiques, c'est-à-dire 19, 87 p. 100. La sensibilité morbide du testicule n'est pas très rare chez les épileptiques ; on l'a constatée 16 fois sur 171 malades et 8 fois sur 16, c'est-à-dire 50 fois sur 100, la douleur coïncidait avec une anomalie. (*Revue neurologique*, 1893.)

XV. De la paralysie générale chez la femme; par le Dr Idanow.

Etude très documentée sur les conditions étiologiques et sur la clinique de la paralysie générale chez la femme. Les conclusions sont les suivantes :

1° La paralysie s'observe chez la femme bien plus souvent que ne le croyaient les anciens auteurs ; d'après l'analyse de 104,000 aliénés pris dans les divers hôpitaux de huit Etats européens, on trouve, en moyenne, 3 paralytiques femmes pour 10 paralytiques hommes.

2° Ce désaccord avec les anciens auteurs tient en partie à ce que la paralysie générale devient de plus en plus fréquente, surtout pour les femmes.

3° L'étiologie de la paralysie générale ne présente, dans ses traits principaux, aucune différence bien sensible chez la femme et chez l'homme. Dans les deux sexes, un fait est caractéristique, c'est la nécessité, pour qu'il y ait paralysie générale, de trois éléments étiologiques simultanés (excès chagrins, hérédité, syphilis, etc.,.) parmi lesquels la syphilis joue pour les deux sexes, un rôle également prédominant et important.

Chez les femmes, la syphilis se rencontre dans la proportion de 68 p. 100 sur le nombre total de paralytiques générales ;

4° L'âge le plus favorable est de trente à quarante ans.

5° Il n'existe pas de formes différentes dans l'évolution clinique de la maladie, dans l'un ou l'autre sexes, et il paraît superflu de considérer une forme spéciale de la paralysie générale, dite forme féminine.

6° Le rôle de la syphilis dans la paralysie générale est double. Le plus souvent elle ne fait que préparer le terrain sur lequel, à l'aide d'autres facteurs étiologiques qui sommeillent, puis agissent simultanément, se développe la paralysie générale classique. Dans d'autres cas, beaucoup plus rares, la syphilis agit d'une façon directe, immédiate, car en produisant des altérations au niveau de certaines régions cérébrales elle peut provoquer le tableau clinique qui ressemble à la paralysie générale ; c'est la pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique.

7° Le diagnostic différentiel de la pseudo-paralysie générale est

très difficile à établir le plus souvent. Parmi les signes diagnostiques, le plus fidèle, jusqu'à présent est la terminaison de la maladie par guérison, sous l'influence du traitement spécifique. De là résulte cette dernière conclusion dans tous les cas de paralysie générale, on doit employer un traitement modéré antisyphilitique notamment dans ceux où la syphilis a été notée dans les antécédents du malade et dans les cas où les accidents antérieurs de la syphilis ont été traités de façon négligée. (*Annales médico-psychologiques*, mai 1894.) E. BLIN.

XVI. DE L'HYPOTHERMIE CHEZ LES ALIÉNÉS; par le docteur J.-B. BOUCHAUD.

En aliénation mentale, on n'observe habituellement ni *élévation* ni abaissement de la température. On peut cependant observer l'une et l'autre. Et M. Bouchaud qui a pu observer plusieurs cas d'algidité vient de faire paraître un travail où il étudie la question de l'hypotermie chez les aliénés. Après un historique où il rappelle tous les travaux antérieurs parus sur le sujet, travaux surtout nombreux à l'étranger, l'auteur entre tout de suite dans le récit de ses observations personnelles.

Le premier cas qu'il a observé date du 15 décembre 1879 et le dernier du 22 janvier 1892, ce qui porte le temps d'observation à treize ans environ. Pendant cette longue période, trente malades ont été atteintes d'hypothermie et sur ces trente, trois l'ont été deux fois, ce qui porte en réalité à trente-trois le chiffre des cas d'hypothermie, c'est-à-dire 2, 5 en moyenne par an. Pendant le même laps de temps, il y a eu à l'Asile 916 décès et 29 des 30 malades observés figurent dans ce nombre. Il y a donc eu un décès sur 31, 6 qui s'est accompagné d'un abaissement de température inférieure à 35 degrés. Tous ces chiffres un peu arides, sont le résumé de tableaux fort complets annexés au mémoire. Ils montrent combien est grande, en somme, la proportion des cas d'hypothermie chez les aliénés si l'on songe que dans les hôpitaux, où l'on reçoit des malades atteints d'affections si variées, mais d'une autre nature, on voit rarement la température descendre au-dessous de 36°,5 et presque jamais au-dessous de 35 degrés.

Sous quelles influences se montrent chez les aliénés un abaissement de la température ? Une des causes les plus importantes est le *froid* extérieur. Mais le froid ne suffit pas, il faut de plus que les malades soient prédisposés et le froid est surtout préjudiciable aux débilités et aux malades âgés. Presque tous les malades de M. Bouchaud étaient dans la section des aliénés débiles, c'est-à-dire de ceux qui sont déments et calmes et presque tous étaient des indigents. D'autres étaient affaiblis par des troubles morbides variés ; vomissements avec diarrhée ; épuisement avec marasme dans deux

observations ; alimentation insuffisante et état de stupeur avec refus de nourriture chez deux mélancoliques, etc. De sorte que pour conclure, on peut dire que si parfois la folie est la seule cause de l'hypothermie, bien souvent aussi l'abaissement de la température est provoqué par des accidents secondaires qui en sont la cause déterminante.

M. Bouchaud cite ensuite, pour les discuter, quelques-unes des théories émises pour expliquer la prédisposition créée par l'aliénation mentale. Il s'agit pour lui d'un trouble de la nutrition et on peut considérer l'hypothermie chez les aliénés comme un état d'inhibition diffuse provoquée par des causes de nature dépressive chez des sujets dont le système nerveux est profondément débilité. Vient ensuite une étude clinique des symptômes : hypothermie qui rappelle beaucoup le coma et pourrait ainsi en imposer au point de vue du diagnostic, avec le coma urémique et le collapsus diabétique.

Quant au traitement, M. Bouchaud insiste beaucoup sur les bons résultats fournis par la chaleur. Comme traitement préventif, d'abord, il faudra veiller à ce que les malades ne se dévêtissent pas et soient le plus possible maintenant à l'abri du froid. Comme traitement curatif, la chaleur au lit. Et jamais, dit M. Bouchaud, en terminant, il ne faudra désespérer, malgré le peu d'espoir qu'on ait d'obtenir la guérison. (*Annales Médico-psychologiques*, mars-avril 1894.) E. B.

XVII. Démence progressive et incoordination des mouvements dans les quatre membres, chez deux enfants — le frère et la sœur ; par le Dr Bouchaud.

Deux observations très complètes empruntant un intérêt tout particulier à ce fait qu'elles apportent un nouvel élément à l'étude des affections familiales du système nerveux. Dans l'un et l'autre cas, la maladie se déclare vers l'âge de six à sept ans. On constate dès le début, un affaiblissement de l'intelligence et l'incoordination motrice dans les quatre membres, une démarche tabéto-cérébelleuse, sans paralysie, sans nystagmus, la diminution ou l'absence du réflexe rotulien, la persistance des réflexes cutanés, une parole lente, mais bien articulée, un air de satisfaction. Puis la maladie s'aggrave ; la démence devient complète et la marche impossible : la parole se réduit à quelques mots peu intelligibles ; la bouche reste béante, la mastication et la déglutition s'opèrent lentement, l'incontinence d'urine et des matières fécales apparaît, sans paralysie, la tonicité musculaire augmente sans exagération des réflexes tendineux, une scoliose se produit ; enfin un amaigrissement sans contractions fibrillaires se manifeste, une eschare se développe au sacrum et la mort survient en l'espace de quatre ou

cinq ans. — A l'*autopsie*, on trouve une sclérose bilatérale du faisceau pyramidal croisé et du faisceau limitant. (*Revue neurologique*, janvier 1894.)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance du 25 juin 1894. — PRÉSIDENCE DE M. A. VOISIN.

M. J. BALLET. *La séquestration des déséquilibrés malfaisants.* — Dernièrement, notre collègue M. Garnier envoyait à Bicêtre, comme irresponsable, un individu impliqué dans une affaire criminelle. Après quelques jours d'observation, M. Charpentier, ne le considérant pas comme aliéné, dans le sens propre du mot, demandait sa mise en liberté. Je fus, à mon tour, chargé de l'examiner, et je suis arrivé à cette conclusion que nos deux collègues avaient raison. M. Garnier pensant qu'il n'était pas possible de condamner comme criminel un imbécile portant des tares génératives très accusées ; mais, comme d'autre part, on ne pouvait pas davantage le laisser en liberté, il avait conclu à la séquestration. M. Charpentier, au contraire, estimant qu'un semblable individu n'était amendable par aucune thérapeutique, voulait qu'on en débarrassât son service, où il causait du désordre. Il était aussi dans le vrai.

Si MM. Garnier et Charpentier avaient l'un et l'autre raison, — à leur point de vue — c'est donc qu'il existe une lacune dans notre législation.

Comme les tarés de cette espèce sont nombreux, on devrait créer pour eux des asiles spéciaux où ils seraient tenus à un travail forcé ; malheureusement, la législation actuelle ne permet pas cette création.

M. CHRISTIAN. — La question soulevée par M. Ballet est de celles qui préoccupent le plus les médecins aliénistes. Nous sommes unanimes à reconnaître que ces déséquilibrés sont insupportables dans les services d'aliénés et que, cependant, on ne peut les laisser en liberté. Pour que les asiles spéciaux aient une efficacité réelle, il faudrait qu'on ne pût en sortir. Vous n'obtiendrez jamais une sem-

blable législation. M. Ballet voudrait les voir obligés au travail; c'est trop juste; mais de quel œil seraient vus les médecins de ces établissements, à une époque où les aliénistes ne sont déjà pas en odeur de sainteté dans le public et dans une certaine presse.

M. J. Ballet. — En somme, la société est désarmée contre ces gens-là, qui ne craignent rien et qui se moquent du procureur de la République comme de l'asile et de la prison.

M. Briand. — Le nouveau texte de loi, soumis à la Chambre, sur le régime des aliénés et qui contient quelques bonnes choses (je ne parle pas de l'intervention de la magistrature) prévoit la création d'asiles spéciaux répondant au vœu exprimé par M. Ballet. Ils recevront les aliénés criminels reconnus irresponsables et les condamnés devenus plus tard aliénés pendant la durée de leur peine.

Les criminels reconnus irresponsables n'en sortiront qu'après guérison constatée par le médecin traitant qui devra, en outre, déclarer qu'ils ne paraissent pas susceptibles de rechutes. La sortie ne sera, d'ailleurs, accordée que par le tribunal jugeant en chambre de conseil.

M. Vallon. — Cette solution aura au moins l'avantage de nous débarrasser d'individus dont la présence à l'asile compromet si gravement la guérison des véritables aliénés. A force d'accumuler les faits, nous finirons par convaincre les pouvoirs publics de la nécessité de cette création.

M. Briand. — Il n'existe contre le projet qu'une seule objection sérieuse en dehors des arguments budgétaires, c'est l'éloignement de la famille. Quoique très nombreux, ces êtres maladifs et malfaisants ne sont pas en assez grand nombre pour qu'on pense à leur édifier un établissement dans chaque département. Or, beaucoup seraient séparés de leurs parents par d'assez grandes distances. On avait bien proposé d'adjoindre à chaque asile départemental un quartier spécial; mais c'eût été là une idée irréalisable. Il aurait fallu construire tout un petit asile à côté du grand. De plus, le voisinage des criminels aurait jeté sur l'asile de traitement, qu'on tend de plus en plus à rapprocher de l'hôpital ordinaire, une déconsidération facile à comprendre.

Je crois qu'en choisissant, comme emplacement, les points de convergence des grandes lignes des chemins de fer, on donnera satisfaction à tout le monde.

M. Chaslin. — On peut dire au point de vue théorique que tous les criminels sont des anormaux. Dans la pratique, on distingue ceux qui sont susceptibles de s'amender et les incorrigibles. Les médecins devront abandonner à la prison tout déséquilibré qui, par la répétition des mêmes actes, aurait donné la preuve qu'il n'est susceptible d'aucune amélioration.

M. Ballet. — Le médecin sort de son rôle s'il se place au point

de vue purement théorique. Il doit, au contraire, rester dans le domaine de la pratique, examiner chaque cas particulier sans trop généraliser.

M. Chaslin. — Les médecins ne devraient intervenir qu'après un jugement ayant déclaré l'individu nuisible.

M. Christian. — Nous sommes tous d'avis qu'une certaine population de nos asiles serait mieux placée ailleurs, mais je ne crois pas que la construction d'asiles spéciaux offre une solution heureuse, à moins d'y enfermer à perpétuité ceux qui ont donné par leurs actes la preuve de perversions instinctives invétérées.

M. Vallon. — Je ne vois pas pourquoi vous n'enfermeriez pas perpétuellement les êtres nuisibles. Quand vous placez un idiot dans un asile vous le séquestrez bien à perpétuité, puisqu'il n'est pas guérissable. Souvent il n'est dangereux que pour lui. Pourquoi avoir des scrupules pour ceux qui se sont montrés dangereux pour autrui ?

M. Joffroy. — La question à se poser en face de chacun de ces tarés est celle-ci : Est-il corrigible? Pour la résoudre, il faut du temps. Il en existe beaucoup faisant le mal pour le mal, qui répondent aux observations : « Moi, je suis irresponsable, j'ai le droit d'agir à ma guise et de suivre mes instincts; vous n'avez rien à me reprocher, puisque je ne puis me retenir. » Je ne verrais, pour ma part, aucun inconvénient à enfermer dans des conditions spéciales ces êtres vicieux, jusqu'à ce qu'ils tiennent un autre langage.

Leur attitude vient surtout de ce qu'ils nous savent désarmés contre eux. Marcel Briand.

SOCIÉTÉ PSYCHIATRIQUE DE BERLIN.

SOIXANTE-DIX-NEUVIÈME SÉANCE.

Séance du 16 décembre 1893. — Présidence de M. Lœhr aîné.

Délimitation de la paranoia. Rapporteurs, MM. Cramer et Bœdeker. — M. Cramer présente les conclusions suivantes : 1. La confusion mentale (*amentia*), le *Wahnsinn* et la *Verrücktheit* ont une série d'im ortants symptômes qui leur sont communs au point de vue clinique et au point de vue pathogénique.

a. Les symptômes fondamentaux — hallucinations sensorielles

— idées délirantes — el incohérence sont, au point de vue de la genèse, proches parents. — *b.* Le symptôme prédominant de la confusion mentale et de la systématisation (Wahnsinn et Verrücktheit) résulte d'un trouble morbide de l'activité intellectuelle — *c.* Dans la confusion mentale, le Wahnsinn et la Vérrücktheit, l'affectivité (sensibilité morale) ne joue qu'un rôle secondaire. — *d.* Il peut y avoir confusion mentale (*amentia*), qui joue le rôle de symptôme soit dans la forme de délire systématique connu sous le nom de *Wahnsinn,* soit dans celle qui est connue sous le nom de *Verrücktheit.*

2° Les éléments du diagnostic différentiel entre la confusion mentale, le Wahnsinn et la Verrücktheit ne peuvent supprimer le substratum commun à ces trois tableaux pathologiques, mais ils sont tout à fait indiqués pour distinguer ces trois tableaux morbides sur le fonds commun de la *paranoïa*.

3° Le groupe des psychoses fonctionnelles, simples non compliquées, par contraste avec les anomalies de l'humeur et les troubles de la sensibilité morale, représente, sous le titre de forme principale de de la paranoïa, les affections de l'intelligence.

4° La *paranoïa* se sépare ainsi nettement des anomalies de l'humeur et des psychoses complexes.

5° La définition de la *paranoïa* est par conséquent la suivante. La paranoïa est une psychose fonctionnelle simple. Elle est *caractérisée* par une altération morbide de l'activité intellectuelle dans laquelle la sensibilité morale ne joue qu'un rôle secondaire.

Sous le titre d'activité intellectuelle, il faut comprendre la faculté à action nerveuse centripète, qu'a notre esprit de former des conceptions représentatives en percevant les rapports des choses du monde extérieur, de les associer aux provisions intellectuelles préalablement emmagasinées dans les centres et de transformer ces acquisitions en une activité productive.

M. Bœdeker étudie les divisions de la *paranoïa*, ne se sentant point compétent pour formuler une proposition ferme. Peut-on accepter la notion si large au point de vue psychologique que vient d'émettre M. Cramer? faut-il comprendre ainsi la paranoïa? S'il n'en est pas ainsi, il faut, pour diviser et définir la paranoïa, s'adresser à d'autres guides, à d'autres manières de voir.

M. Jastrowitz demande que l'on ne passe à la *discussion* que lorsque les deux rapports seront imprimés. Adopté.

M. le président demande que dans la prochaine séance on s'occupe parallèlement d'une question de science et d'une question d'organisation générale. Par exemple, de la question du *personnel des infirmiers*. Cette vieille question est toujours nouvelle. La nouvelle loi lui donne un regain d'actualité. Dans ces dix dernières années l'assistance des aliénés et le recrutement du personnel ont progressé. N'a-t-on pas tout récemment, à propos de la psychiatrie

et de l'assistance spirituelle, recommandé les infirmiers religieux ? Il se déclare prêt, si personne ne le demande, à se charger du rapport. Adopté.

M. Mendel. — La question scientifique que l'on pourrait simultanément traiter est celle qui a trait à la *paranoia* en discutant justement les deux rapports d'aujourd'hui. Adopté. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, L, 5.) P. Keraval.

LIIe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ PSYCHIATRIQUE DE LA PROVINCE DU RHIN.

SESSION DE BONN.

Séance du 11 novembre 1893. — Présidence de M. Pelman.

Le président consacre à la mémoire de MM. Cramer, Hoestermann et Charcot des paroles pleines d'émotion et de chaleureux éloges.

M. Kochs. *Etude des phénomènes de l'hypnose chez une hystérique.* — Il s'agit d'une malade à l'aide de laquelle M. Effertz organise des expériences au laboratoire de physiologie animale de l'académie de Poppelsdorf, expériences qui doivent montrer que l'individu en état d'hypnose peut pendant longtemps, voire une demi-heure, maintenir, sous l'influence de la catalepsie, son bras étendu sans qu'il survienne d'accidents convulsifs. Cette malade est une russe de trente-trois ans, de bonne famille, sans hérédité névropathique, qui à l'âge de seize ans, à la suite d'une chute sans importance et d'une émotion morale (perte de sa fortune), fut prise d'hystérie avec contractures de divers membres.

Le traitement actif institué alors (K Br — massage — électrisation galvanique, faradique, statique, — balnéothérapie — hypnotisme) demeure sans grands résultats. Il y a cinq ans, à Londres, abus de thé, café et tabac. Il y a trois ans séjour à Vienne, traitement de Benedikt : des pointes de feu dans le dos font disparaître la contracture pour deux mois. Par la suggestion, de Krafft-Ebing obtient que, libre de toutes contractures, elle puisse revenir à Londres. Il y a quelques mois une émotion (sa sœur est écrasée par un cab) ramène les contractures.

Il y a quatre semaines, nous la retrouvons à Bonn totalement anesthésique (cornée comprise); aucun réflexe pharyngien, ni sclérotical. Champ visuel réduit à la vision centrale la plus res-

treinte ; achromatopsie complète à droite, cécité du violet à gauche ; surdité, ageusie et perte de l'olfaction du côté gauche. Quand on lui ferme les yeux elle ne perçoit plus la situation de ses membres et ne peut exécuter aucun mouvement. Sensibilité spontanée et à la pression de la colonne lombaire. Pas d'ovarie. A côté de cela la malade perçoit les démangeaisons de plaques d'eczéma qu'elle porte aux mains ; elle accuse le contact d'une mouche sur sa peau. Le courant galvanique et faradique n'est senti que par l'intermédiaire des contractions musculaires provoquées et non sous la forme douloureuse. Il existe une contracture permanente de huit doigts ainsi qu'une forte tension de tous les autres muscles spontanément mobiles qui, sous l'action de la plus faible excitation, peuvent être contracturés. Toutes les contractures artificielles durent de dix à vingt minutes. Les excitations fortes engendrent de grandes attaques d'hystérie, mais on les suspend en frottant légèrement les globes oculaires. A la suite de l'attaque, il y a mutisme hystérique de quelques secondes, mais la malade peut alors manger et boire. Une bonne alimentation jointe à la suppression du thé, du café et du tabac l'a délivrée de tous les autres accidents.

On fait venir le sujet. La fixation du regard provoque l'hypnose en quelques secondes. En tambourinant sur la table près de laquelle elle est assise on voit les doigts s'ouvrir et tambouriner à leur tour dans le rythme adopté par l'expérimentateur. La suggestion verbale suspend pour quelque temps la reprise de la contracture. M. Effertz montre la contracture latente, les contractures musculaires provoquées par le chatouillement cutané, le massage léger de chaque muscle, la pression sur le nerf correspondant, le heurt des tendons et la disparition des contractures par l'action exercée sur les muscles antagonistes ; en suspendant l'activité des extenseurs des doigts et du tibial antérieur il produit la contracture et en particulier la contracture paradoxale de Westphal.

Il commande à la malade d'ouvrir les yeux ; la voilà dans l'état somnambulique ; activité psychique très intense, réponses très nettes ; hallucinations spontanées ou par suggestion (scènes de toute nature fabriquées de toutes pièces) ; cet état est prolongé pendant près de deux heures et, durant tout ce temps, persistance continue d'un strabisme interne très actif. La malade semble fixer un point idéal qui paraît être à peu près à 5 centimètres de la cornée. Ces constatations physiques mettent à néant la crainte d'une comédie. Quelle est en effet la comédienne qui présenterait pendant tout ce temps un strabisme permanent aussi intense ? On ne parvient du reste à la réveiller qu'après lui avoir à plusieurs reprises, énergiquement suggéré verbalement d'avoir à sortir de cet état.

M. Schulz communique l'histoire de deux faits semblables dans lesquels la suggestion eut, au point de vue thérapeutique, un résultat surprenant.

M. Peters présente un malade atteint d'*adénome du nerf optique*. Affection bilatérale sans autres lésions du fond de l'œil. On constate, dans la papille, des bourgeons tubéreux, sphériques, qui en certains points sont irréguliers, par suite de la prolifération de ces masses. Voici d'ailleurs comparativement l'étude microscopique de production de ce genre grâce aux préparations envoyées par M. Hirschberg.

M. Pelman rend compte du congrès de la société pénitentiaire du Rhin et de la Westphalie tenu récemment à Dusseldorf et traite la question examinée par ce congrès relative à la *culpabilité dans l'état d'ivresse*. Sur la proposition de M. Œbeke cette question sera pour la prochaine séance rapportée par MM. Pelman et Finkelnburg.

M. Bartels. *Deux cas remarquables de folie systématique (paranoïa)*. — La première observation est remarquable par sa genèse ; la seconde par son évolution. On sait en effet que la théorie de Zeller et de Griesinger avait fait accepter comme un dogme que la vésanie qui se manifeste par des conceptions délirantes, cristallisées et systématisées (idées de persécution et de grandeurs) procède d'un stade préparatoire primitif revêtant la forme de mélancolie ou de manie.

Snell l'attaque et montre qu'il existe une paranoïa primitive, qu'on l'appelle d'ailleurs *Wahnsinn* ou *Verrucktheit*, peu importe le nom qui, comme l'a montré M. Werner, ne paraît point fixer exactement la modalité pathologique (Congrès des aliénistes allemands, session de Iéna). Mais il existe concurremment une folie systématique secondaire (*secundœre Verrücktheit*) caractérisée par ce fait qu'elle prend racine chez des individus qui, à la suite d'un accès de mélancolie accompagnée d'idées de persécution conservent de l'affaiblissement intellectuel; l'affaiblissement intellectuel persistant, les idées de persécution ne peuvent plus être redressées par le jugement et subsistent malgré la disparition de la mélancolie affective. Sans doute, comme l'a montré Krœpelin, les idées délirantes sont loin d'être aussi systématiquement cohérentes que dans la *Verrücktheit* primitive; sans ordre, elles sont fréquemment contradictoires et ne sont plus méditées, remaniées par l'intelligence du patient. C'est ce que dit aussi de Krafft-Ebing.

Voici maintenant une observation qui s'est d'abord présentée sous l'aspect de la mélancolie puis qui a tourné à la folie systématique, il ne s'agit plus ici des conceptions délirantes de la mélancolie transformées en idées de persécutions stables et permanentes, il s'agit d'idées délirantes fixes mais complètement nouvelles qui dans leur premier état étaient des idées de persécution puis se sont transformées en idées présomptueuses et finalement ont été systématisées, et restent telles, par la malade. En 1885 apparaît la folie mélancolique qui ne guérit point ; en 1892, commence à se développer la *paranoïa* secondaire ; les idées délirantes naissent, se sys-

tématisent, elles provoquent la genèse de toute une série de conceptions qui se coordonnent, sont raisonnées et interprétées par l'intelligence absolument comme dans la *paranoïa* primaire.

L'autre observation a pour cachet, sa terminaison extraordinairement favorable. C'est un délire chronique systématique, progressif, incurable, qui, après avoir duré près de cinq ans, guérit en un temps relativement court. Il s'agit encore d'une femme. Et qu'on n'aille pas croire qu'il y a eu simple atténuation des conceptions délirantes, disparition de leur caractère impérieux, par suite, par exemple, de l'affaiblissement intellectuel. Nullement. Les idées délirantes, ont totalement disparu ; la malade a repris ses habitudes antérieures, sa pleine lucidité, son activité normale. Il y a maintenant neuf mois qu'elle est retournée chez elle ; les personnes qui vivent avec elle et qui connaissaient par le menu son système de délire, n'en ont pas vu reparaître la moindre trace. Elle est d'ailleurs revenue nous voir à l'asile sans la moindre crainte, sans avoir cette horreur de l'établissement qu'une malade réticente ou dissimulatrice aurait certainement conservée, et cela de son plein gré comme toute malade ordinaire reconnaissante des soins donnés dans un hôpital quelconque va retrouver son médecin. Et d'ailleurs depuis qu'elle est sortie, elle a récupéré progressivement sa liberté d'esprit, sa gaîté, a repris graduellement ses habitudes antérieures, ses relations. Elle parle sans gêne de sa maladie.

M. Finkelnbourg. *Des premiers résultats fournis par la statistique des aliénés de la province du Rhin.* — Il s'agit de la statistique de 1880-1889. — Les *admissions* des aliénés de la province du Rhin dans les asiles d'aliénés ont présenté une progression bien plus forte que le chiffre de la population. En 1880 il y a eu pour une population de 4.074.000 habitants, 1168 admissions = 2,86 pour 10.000 habitants. En 1889 pour une population de 4.636.700 habitants, il y a eu 1874 admissions, soit 4.04 pour 10.000 habitants. Cette progression a été de 5 p. 100 plus active pour les femmes que pour les hommes et cependant ceux-ci ont été bien plus atteints que celles-là. Les admissions ont été surtout actives dans les districts industriels ou urbains de Cologne et Dusseldorf, à populations denses.

Les *admissions d'enfants* jusqu'à l'âge de quinze ans méritent une mention spéciale, En 1880 on en plaçait 39 ; ce chiffre a atteint le nombre de 89 en 1889. C'est le district industriel de Dusseldorf dans lequel la folie infantile a le plus progressé (de 15 il a atteint 58). Faut-il accuser l'accroissement des tares héréditaires ? Faut-il s'en prendre à des influences sociales ou à des modifications dues à l'éducation ?

La *paralysie générale* a subi une pression ascendante remarquable. En 1880 on relevait 88 admissions ; progressivement elles atteignirent 219 en 1889. Les populations denses et industrielles

d'abord de Dusseldorf, et Aix la-Chapelle, puis de Cologne, sont celles qui fournissent l'ascension la plus vive. Le district d'Aix-la-Chapelle a ceci de marquant que, chez la femme, il y a une proportion croissante de paralytiques; en 1880 on en admettait 40; en 1889, 119. Il est à signaler que la grande industrie d'Aix-la-Chapelle occupe une telle proportion de femmes que le chiffre que celle-ci représente vient immédiatement après celui de Berlin.

Voici maintenant des chiffres qui représentent le chiffre d'admission rapporté à celui de la population et à la moyenne annuelle pour chaque district. Ainsi pour 10,000 habitants, on a admis, dans les asiles d'aliénés pour cause d'aliénation mentale, et par an (moyenne calculée pendant dix années) :

Dans le district de	Hommes.	Femmes.	Enfants jusqu'à l'âge de 15 ans.
Coblentz	3.99	2.71	0.09
Düsseldorf	3.92	3.44	0.19
Cologne	4.43	3.81	0.15
Aix-la-Chapelle	4.58	3.87	0.16
Trèves	2.13	1.85	0.04
Province du Rhin.	3,69	3.14	0.15

Ces chiffres ont leur explication dans l'étude analytique des cercles compris dans les districts. Ainsi les cercles dans lesquels il y a des villes sont aussi ceux où il y a le plus d'aliénés. L'industrie, surtout quand elle siège dans les villes, assombrit encore le tableau. L'industrie textile est particulièrement défavorable au point de vue qui nous occupe ; celle du fer serait moins pernicieuse. Les cercles territoriaux sont surtout nocifs quand ils avoisinent les grandes villes et quand il y a une industrie textile ; ceux dans lesquels l'industrie est surtout domestique ou qui, surtout agricoles, ont une population disséminée et sont à l'abri des relations et transactions surchauffées des centres, ceux-là se présentent sous les couleurs les plus riantes.

Le *délire alcoolique* atteint les proportions les plus fortes dans le district d'Aix-la-Chapelle et ce quant aux deux sexes. A elle seule la ville en question fournit plus d'alcooliques aux asiles que les districts réunis de Cologne, de Coblentz et Trèves. Puis vient le district de Dusselfort et, dans ce district, la ville d'Elberfeld. L'alcoolisme a été pour l'année 1884 représenté dans la province du Rhin, par le chiffre de 821 (dont 38 femmes) ; en 1887 il atteignait le nombre de 1026 (dont 63 femmes), en 1889 il n'était que de 923 (dont 48 femmes). L'*alcoolisme chronique* fleurit aussi *chez les enfants au-dessous de 15 ans;* on en compte 5 cas dans la ville de Cologne, 1 dans la ville d'Aix-la-Chapelle, 1 à Mülheim-sur-le-Rhin.

L'augmentation subite et passagère de l'alcoolisme en 1886-1887, qui de 712 atteint 837 et 1,026 provenait presque uniformément de tous les districts, à l'exception unique de celui de Coblentz.

Il n'y a à cela aucune explication. Cette particularité coïncida avec l'augmentation notable et également passagère du nombre des admissions tant dans les asiles d'aliénés que dans les hôpitaux. Les admissions des aliénés, qui étaient de 1,465 en 1885, atteignaient 1,747 en 1886, et 1,959 en 1887. Les admissions des malades dans les hôpitaux, qui étaient de 1,495 en 1885, atteignaient les chiffres de 1,564 et 2,237 en 1886 et 1887.

Les *hommes* ont fourni un bien plus fort appoint que les femmes à l'augmentation de la fréquence des admissions, qu'elle soit considérée dans son ensemble ou par chacune des dix années, et cela dans chacun des districts; mais bientôt, à la fin de cette période décennale, comme on admettait d'année en année une proportion de plus en plus forte de femmes aliénées par rapport aux admissions masculines, la différence constatée diminuait. Ainsi, pour 10,000 habitants, le rapport annuel moyen des admissions était pour Aix-la-Chapelle de 12,36 hommes, et de 9,27 femmes, — pour Elberfeld, 10,26 hommes; 7,87 femmes. Ce qui prouve que les cercles urbains et ceux des grandes villes industrielles provoquent le surplus des admissions hommes, surtout à cause des excès alcooliques, mais que les mêmes raisons engendrent la progression de la folie chez la femme.

L'étude statistique de l'influence psychopathique des *professions* sera l'objet d'un travail exact et ultérieur. Les cercles les moins nuisibles sont ceux où il y a une *population agricole;* il en faut rapprocher ceux dans lesquels prédomine l'industrie *minière* et celle du *travail du fer*. Moins favorables sont ceux à *industries textiles,* surtout quand il y a en même temps des villes *manufacturières*. L'influence la plus défavorable paraît être exercée par les hôtelleries et les cabarets qui se développent dans les populations ouvrières. (*Alleg. Zeitsch. f. Psych.*, L. 5.) P. Keraval.

BIBLIOGRAPHIE.

III. *Contribution à l'étude de la folie héréditaire. — Folies concomitantes;* par M. Louis Pain. (Thèse de Nancy, 1894.)

L'auteur ayant eu l'occasion d'observer un certain nombre de cas de folies à deux, trois, etc., a remarqué que, contrairement à l'opinion généralement admise, des frères ou sœurs peuvent présenter simultanément ou presque simultanément un même délire, les mêmes troubles, alors que cependant ils ne vivent pas dans une constante intimité, qu'ils sont même parfois assez éloignés les

uns des autres ou vivent en mauvaise intelligence. Il se base sur des faits de ce genre et sur les observations de folie à deux déjà publiées pour faire ressortir la faible influence du contact intime des malades, eu égard à l'importance capitale de l'hérédité dans la genèse des folies familiales et il croit que créer une subdivision de la folie héréditaire pour la folie à deux, c'est compliquer sans justification suffisante l'étude de la pathologie mentale déjà bien encombrée de formes d'aliénation mentale non encore nettement définies.

M. Pain a réuni quelques documents intéressants à l'appui de ses conclusions; on peut regretter cependant qu'il ne leur ait pas donné plus de développement et qu'il n'en ait pas tiré un parti plus étendu. Il a montré toutefois les ressources que l'on doit chercher dans une connaissance complète des antécédents familiaux des malades avant d'émettre une opinion aussi absolue que l'est celle qui fait de la vie en commun une condition *sine qua non* dans la pathogénie de la folie à deux. PARIS.

IV. *Vade mecum du médecin-expert*; par le professeur LACASSAGNE. (Storck et Masson, Paris, 1894.)

« Ce livre s'adresse aux médecins et aux magistrats. Pour les uns ce sera un aide-mémoire, pour les autres un contrôle. »

Tel est le but que s'est proposé l'auteur qui paraît l'avoir atteint. Après avoir exposé des renseignements généraux qui peuvent être appliqués dans toute expertise, l'auteur passe en revue les différents cas qui se présentent en médecine légale et donne pour chacun d'eux un plan à suivre pour l'examen médico-légal et pour l'autopsie s'il y a lieu, avec un modèle de conclusions contenant les questions auxquelles l'expert doit répondre. La façon très pratique dont cet ouvrage est comprise, son format et ses dimensions en font bien réellement un *vade mecum* qui rendra de grands services à tous les médecins appelés à ne faire que rarement, comme c'est le cas en province, des examens médico-légaux. Ils y trouveront également un chapitre non moins utile sur les droits et obligations du médecin devant la société et devant la justice. P. S.

SOUSCRIPTION
POUR LE MONUMENT J.-M. CHARCOT.

On a institué à Paris, dit le *Galien*, un Comité pour recueillir des souscriptions, afin d'élever un *monument* au grand neuropa-

thologiste CHARCOT. Les médecins soussignés se sont réunis pour former un *Comité local* en Grèce. Nous appelons, disent-ils, tous les confrères des pays grecs, les amis, les admirateurs et en général tous ceux qui apprécient la mémoire de ce grand homme qui, par son enseignement et ses œuvres, plus que personne autre, a été le bienfaiteur de l'humanité souffrante. Nous les prions, s'ils le veulent, d'envoyer à l'un d'entre nous leur souscription : Constantin Delyanis ; Georges Caramitzon ; Michel Chatzimichalis ; Jules Galvani ; George Caryofilis.

DIX-NEUVIÈME LISTE DU *Progrès médical*.

M. le Dr Lubimoff nous a versé au nom de Mme la princesse Youriewsky.	500 »
Envoyé par M. le Dr Cherchewsky	50 »
Total de la dix-neuvième liste	550 »
Total des listes précédentes	8,483 35
Total général.	9,033 35

Notre très distingué confrère. M. le Dr Roth, vient de nous adresser la lettre suivante :

« Monsieur le rédacteur en chef,

« Conformément à la décison prise dans sa première séance qui a suivi la mort de l'illustre CHARCOT, la *Société des médecins aliénistes et neurologistes de Moscou* a ouvert une souscription parmi ses membres pour le *Monument* à élever à la mémoire du Maître regretté. Cette souscription a donné la somme de 300 roubles que nous avons l'honneur de vous envoyer, avec prière de la remettre au Comité organisé pour élever le monument.

« Agréez, Monsieur le Rédacteur en chef, l'assurance de nos sentiments les plus distingués.

« *Le Vice-Président* : William Roth.

« *Le Trésorier* : Jean Idanon. »

VINGTIÈME LISTE DU *Progrès médical*.

Société des médecins aliénistes et neurologistes de Moscou (300 roubles).	808 50
Total de la vingtième liste.	808 50
Total des listes précédentes	9,033 35
Total général.	9,841 85

Cette souscription, de même que les précédentes, montre en quelle haute estime les médecins russes tenaient M. Charcot. Honneur aux médecins russes ! — Nous faisons de nouveau appel

à nos lecteurs pour qu'ils veuillent bien nous adresser leur souscription, quelque modeste qu'elle soit. Ce serait un honneur pour les médecins français si, *tous* participaient, même par les souscriptions les plus modestes, à rendre hommage à l'un des plus illustres Maîtres de la Science médicale française.

VARIA.

Inauguration des bustes de Baillarger et de Falret a la Salpêtrière

La Société médico-psychologique a procédé le 7 juillet dans l'après-midi, à la Salpêtrière, à l'inauguration des bustes de Baillarger et de J.-P. Falret. Les bustes sont placés en face l'un de l'autre, au milieu de la première cour de la Salpêtrière; tous deux sont en marbre. Celui de Baillarger est l'œuvre d'un jeune statuaire, M. Malherbe; il porte l'inscription suivante : « A Baillarger, 1809-1890, la Société médico-psychologique, ses amis, ses élèves. » L'autre, celui de Falret, est dû au ciseau de Ludovic Durand; on y lit cette simple mention : « J.-P. Falret, 1794-1870. »

Sous une vaste tente avaient pris place : M. Poubelle, préfet de la Seine, MM. Félix Voisin, vice-président du conseil de surveillance, Derouin, secrétaire général de l'Assistance publique, Le Roux, directeur des affaires départementales, MM. les Drs Jules Falret, Vallon, Luys, Raymond, Goujon, Magnan. Dans une petite tribune, MM. Jules Falret, président du comité des bustes et fils de J.-P. Falret, Ritti, secrétaire général de la Société médico-psychologique, Magnan, représentant l'Académie de Médecine, Mottet et Bouchereau ont pris la parole pour rappeler les découvertes et les améliorations dues à ces deux illustrations de la médecine mentale. La Fanfare des Enfants de Bicêtre prêtait son concours à cette solennité qui s'est terminée par un banquet.

Voici le discours de M. Jules Falret :

Messieurs,

En ma qualité de président du Comité de la souscription Baillarger, je viens aujourd'hui, au nom de la *Société médico-psycho-*

logique et en mon nom personnel, offrir à l'administration de l'Assistance publique et à l'hospice de la Salpêtrière les bustes du Dr Baillarger et de mon père, le Dr Jean-Pierre Falret, dus à deux artistes distingués, MM. Malherbe et Ludovic Durand, dont l'Administration a autorisé l'érection dans la première cour de la Salpêtrière et dont la Société médico-psychologique a décidé l'inauguration solennelle, devant M. le préfet de la Seine et M. le directeur de l'Assistance publique, qui ont bien voulu accepter notre invitation et rehausser par leur présence l'éclat de cette cérémonie. C'est pour nous un grand honneur, Messieurs, de voir ici réunie une affluence aussi considérable de représentants de l'autorité administrative, du Conseil général de la Seine et de la profession médicale, pour honorer la mémoire de deux médecins éminents, qui ont laissé dans l'hospice de la Salpêtrière des souvenirs si vivaces et dans notre science spéciale des traces si durables, destinées à perpétuer leurs noms.

Nous adressons donc nos plus vifs remerciements à tous ceux qui ont bien voulu honorer cette réunion de leur présence et rendre ainsi hommage à notre famille aliéniste dans la personne de deux de ses plus illustres représentants.

La vie de ces deux maîtres de la pathologie mentale, malgré les profondes différences de caractère et de tendances scientifiques qui les ont séparés pendant le cours de leur existence, a présenté néanmoins de nombreux points de contact qui les rapprocheront aux yeux de la postérité et qui justifient pleinement l'inauguration simultanée de leurs bustes que nous célébrons aujourd'hui. Tous deux, élèves directs de Pinel et d'Esquirol, ils ont adopté, sauf des modifications secondaires, et propagé les doctrines scientifiques et philanthropiques de leurs illustres maîtres, pour lesquels ils ont toujours professé la plus grande vénération.

Tous deux, médecins de la Salpêtrière, ils ont eu l'insigne honneur d'inaugurer, en même temps, dans cet hospice où leurs maîtres avaient déjà fait école, l'enseignement clinique et public des maladies mentales, à une époque où cet enseignement n'avait pas de représentant officiel. Tous deux, ils ont, pendant près de trente ans, poursuivi avec zèle et persévérance le but élevé d'initier à la science, si dédaignée encore, qu'ils cultivaient avec tant de succès, de nombreux élèves qui ont puisé, dans ce double enseignement, toutes les notions qu'ils ont pu acquérir sur la science des maladies mentales et qui se sont répandus ensuite en France et à l'étranger, pour propager leurs doctrines et devenir médecins et directeurs des asiles d'aliénés, publics et privés, dans toute l'Europe.

Tous deux, animés du même zèle humanitaire, qui caractérisait leurs devanciers, ils ont mené de front la philanthropie et la science et ils ont fondé, l'un la Société de patronage des aliénés convalescents, qui, depuis plus de cinquante ans n'a pas cessé de fonc-

tionner avec succès et de rendre les plus grands services aux aliénés sortis guéris des Asiles publics du département de la Seine, et l'autre, les *Annales médico-psychologiques*, mine inépuisable de documents précieux pour les travailleurs de l'avenir; la Société médico-psychologique, qui, depuis 1852, a servi si puissamment au développement de notre science spéciale, et enfin l'Association mutuelle des médecins aliénistes, qui a fait tant de bien aux veuves et aux enfants de nos confrères aliénistes morts sans fortune!

Tous deux, enfin, médecins de la Salpêtrière et membres de l'Académie de médecine, ils ont laissé dans la science des découvertes durables que la postérité conservera. L'un a démontré la non-existence de la monomanie telle que la concevait Esquirol, c'est-à-dire comme délire partiel exclusivement limité à un seul sujet; il a découvert *la folie circulaire et la folie du doute*, qui est devenue le point de départ des études ultérieures sur la folie avec conscience et les obsessions; il a décrit, le premier, les trois périodes successives de l'évolution des délires partiels jusqu'au *délire stéréotypé*, description appliquée depuis lors au seul délire de persécution; enfin il a proclamé la nécessité de créer désormais, par l'observation clinique, des espèces naturelles de maladies mentales, reposant à la fois sur l'ensemble des symptômes physiques et moraux et sur la marche de ces affections. L'autre, Baillarger, a publié de nombreuses études cliniques sur la mélancolie avec stupeur, sur les hallucinations psychiques et psycho-sensorielles, sur la folie à double forme et surtout sur la paralysie générale, travaux qui suffiraient pour immortaliser son nom, et qui, basés sur une observation sérieuse et persévérante, défieront les atteintes du temps, sans parler de toutes ses recherches anatomiques et physiologiques qui ont complété son œuvre.

Comme fils, il ne m'appartient pas, Messieurs, de faire ici l'éloge d'un père pour lequel j'ai conservé la vénération la plus filiale, car il m'a donné doublement la vie comme père et comme maître en aliénation mentale.

Je laisserai ce soin à mes excellents collègues qui prendront la parole après moi. Mais je ne puis terminer ce discours sans rendre un dernier hommage à la mémoire de ces deux maîtres de la médecine mentale, dont les bustes sont aujourd'hui posés sur leur piédestal, à l'entrée même de cet hospice de la Salpêtrière, où ils ont rendu, pendant de longues années, tant de services aux aliénés et à la science.

Tous deux nous ont laissé un salutaire exemple et des enseignements précieux. Leur vie, consacrée tout entière au travail, aux progrès de la science et au bien-être des aliénés, est pour nous un vrai modèle à suivre. Comme leurs maîtres Pinel et Esquirol, ils ont été dirigés, pendant tout le cours de leur existence, par deux

mobiles supérieurs, l'amour des aliénés et le désir constant de faire progresser la science spéciale, encore si incomplète, à laquelle ils avaient consacré leur vie, et tous deux nous ont légué, comme testament scientifique, ce même et suprême enseignement : La clinique doit être la véritable base de la pathologie mentale. L'anatomie pathologique et la psychologie normale, sciences auxiliaires indispensables, doivent lui servir d'appuis, mais non la dominer, et la clinique seule peut contribuer à son avancement et à ses progrès!

M. le Dr Magnan s'est exprimé en ces termes :

Mesdames, Messieurs,

Je viens, au nom de l'Académie de médecine, rendre hommage à la mémoire de deux de ses membres les plus éminents, Baillarger et Falret, tous deux maîtres illustres, dont les échos de la Salpêtrière rappellent encore le brillant et fécond enseignement.

J'ai été d'autant plus touché de la pieuse mission qui m'a été confiée, que j'ai eu le bonheur d'être l'interne de l'un et de l'autre, conséquemment j'ai eu l'immense avantage dans les causeries intimes de tous les jours, où le maître s'abandonne tout entier, de puiser, à pleines mains, dans les trésors infinis de leur érudition, de leur savoir et de leur vaste expérience. Qu'il me soit permis d'exprimer ici le témoignage de ma respectueuse reconnaissance.

Dignes continuateurs de Pinel et d'Esquirol, ils ont marqué la seconde étape dans la marche progressive de la psychiâtrie, et ce n'est pas trop des efforts de tous, aujourd'ui, pour soutenir la puissante impulsion qu'ils lui ont imprimée.

Vous allez entendre dans quelques instants d'éloquents panégyriques, mais je dois, pour ma part, me borner à rappeler ce qu'ont été les deux académiciens.

Le Dr Jean-Pierre Falret fut élu le 3 juin 1823, membre adjoint résident de l'Académie de médecine, il n'avait pas encore trente ans, mais il était déjà connu, et son traité de l'*Hypochondrie* et du *Suicide* ne tardait pas à être traduit en plusieurs langues. Un peu plus tard, ses travaux statistiques sur les aliénés, les suicides et les morts subites furent, deux années consécutives, couronnés par l'Institut.

Le 20 janvier 1835, lors de la réorganisation de l'Académie de médecine, il devint membre titulaire dans la section de pathologie médicale. Deux ans après, il prenait une part active à côté d'Esquirol et de Ferrus à la confection de la loi du 30 juin 1838, sur les aliénés. Cette loi, inspirée par une pensée essentiellement médicale, toute à l'avantage du malade et de la sécurité publique, étonne et surprend ceux-là même qui, après l'avoir violemment critiquée, sont appelés à l'examiner et à indiquer les modifications qu'elle doit subir; à mesure qu'ils l'étudient et qu'ils l'approfon-

dissent, ils sont forcés de convenir qu'elle est simple, pratique, protectrice et bienfaisante, et que la plupart des réformes projetées sont, pour le moins, d'une utilité contestable.

En 1840, M. Falret qui, depuis neuf ans, était chargé du service des aliénés chroniques de la Salpêtrière, passa dans la section de Rambuteau, réservée, à cette époque, aux aliénés en traitement. Dès le début, il se consacra tout entier à cet enseignement si renommé, essentiellement pratique, révélateur quotidien du clinicien hors de pair. Possédant au plus haut degré cet art si délicat d'interroger l'aliéné, il ne tardait pas à rendre confiants et communicatifs les malades les plus taciturnes et les plus réservés; il parvenait ainsi à faire passer devant les auditeurs les pages vivantes et les plus émouvantes de la clinique mentale; et comme le disait Lasègue qui se plaisait à se déclarer son élève, cet enseignement familier était conforme à la destination de toute clinique, dont le programme vrai est d'être, plutôt que de paraître.

Tel se montrait M. Falret, quand M. Baillarger, à la suite d'un concours où il fut nommé le premier, prit possession d'un des services de la Salpêtrière, et ne tarda pas à son tour à inaugurer ses leçons, à la fois dogmatiques et cliniques, qui eurent plus tard tant de retentissement.

Le 15 juin 1847, il était élu, à l'Académie de médecine, à cette période difficile où les portes ne s'ouvraient pour chaque nouveau titulaire, qu'après trois extinctions; il entra dans la section d'anatomie et de physiologie, succédant a MM. Ribes, Olivier (d'Angers) et Breschet.

Quoique jeune encore — il avait à peine trente-huit ans — il avait donné la mesure de son vaste savoir, il s'était déjà fait remarquer par l'originalité et l'importance de ses travaux et de ses découvertes.

Observateur rigoureux et sagace, il apportait dans ses recherches une telle netteté, une telle pénétration que les questions les plus ardues, les plus complexes, devenaient par lui simples et faciles.

Il avait déterminé très nettement le siège précis de quelques hémorrhagies dans la cavité arachnoïdienne.

Sans le secours du microscope, à une époque où l'histologie était encore dans l'enfance, mettant à profit la propriété que possède la substance grise de se laisser pénétrer par les rayons lumineux, il donna de la structure de la couche corticale des circonvolutions, une description restée classique, que les progrès de l'histologie moderne ont complétée sans rien changer à ce qu'elle avait de fondamental. Dans le même ordre de recherches, son mémoire sur le mode de formation du cerveau et sa communication à l'Académie, sur les rapports entre l'étendue de la surface du cerveau et le développement de l'intelligence avaient une haute importance morphologique et physiologique.

Que dire de son remarquable mémoire sur les hallucinations, auquel l'Académie de médecine accorda le prix Civrieux, si ce n'est qu'il a servi de base à tout ce qui a été publié depuis sur ce sujet et que psychologues, physiologistes et cliniciens le consultent encore avec profit et y puisent chaque jour des éléments utiles à leurs recherches.

Les autres travaux sur les hallucinations sont aussi remarquables, notamment son étude si pénétrante, si judicieuse du fonctionnement cérébral dans cette période intercalaire à la veille et au sommeil, dans laquelle les centres supérieurs cessant d'intervenir, les hallucinations hypnagogiques deviennent le point de départ du délire, mettant en évidence l'une des modalités les plus curieuses du mécanisme cérébral, l'automatisme.

C'est là un vrai trait de génie à ce moment où les notions sur la physiologie de l'écorce étaient si rudimentaires, à ce moment où l'on n'avait pas encore mis à profit l'incomparable champ d'exploitation qu'a fourni l'hystérie, à ce moment enfin où toute cette mine si riche en phénomènes obsédants et impulsifs de la dégénérescence, était à peine explorée.

M. Baillarger avait eu l'intuition des grandes découvertes qui ont suivi ces études.

Les hallucinations psychiques, les hallucinations psychosensorielles, le mode de production des hallucinations hypnagogiques, l'automatisme cérébral, étaient la révélation de l'existence des centres supérieurs exerçant une action modératrice sur toute cette région située en arrière de la pariétale ascendante, sur tout ce domaine des appétits et des instincts. Cette partie de l'écorce cérébrale, véritable substratum de nos souvenirs, renferme les différents centres perceptifs encéphaliques qui recueillent les images mnémoniques de toutes nos impressions sensorielles, et c'est là que les centres d'idéation viennent puiser les matériaux nécessaires à l'élaboration intellectuelle, à la formation des idées; ces images passant en avant dans la région frontale, deviennent les schémas, les signes représentatifs de la pensée et fournissent les éléments de nos déterminations. Tous ces faits, aujourd'hui classiques, on les trouve en germe dans les beaux travaux de M. Baillarger. Tels sont les titres qui avaient assuré ses succès.

M. Baillarger a fait de nombreuses communications à l'Académie de médecine, toujours bien accueillies, car elles portaient toutes la marque de son esprit de méthode et de précision. Il était aussi bien écouté quand il parlait des stigmates physiques des dégénérescences chez les Aztèques, dans la microcéphalie, qu'en exposant ses considérations sur le goitre et le crétinisme ou qu'en intervenant d'une façon active dans les questions à l'ordre du jour, notamment dans la discussion sur l'aphasie.

En 1854, l'Académie assista à un véritable tournoi, les deux

géants se mesurèrent prenant pour devise, Falret la folie circulaire, Baillarger la folie à double forme. Cette question toute nouvelle, quoique peu familière, on peut bien le dire, à beaucoup d'académiciens, n'en captiva pas moins l'attention de tous, et les deux grandes séances consacrées à la discussion furent trop courtes au gré des auditeurs.

Cette lutte scientifique entre deux adversaires animés du même amour de la vérité eut les conséquences qu'elle devait avoir, la constitution définitive d'une nouvelle forme mentale. Vous pouvez être satisfaits, chers maîtres, vous avez été tous les deux victorieux, vous avez solidement posé les premières assises et c'est, désormais, sur le roc que pourront bâtir tous ceux qui exploreront le terrain clinique de l'intermittence et de la périodicité. C'est vers cette époque, en l'absence de l'enseignement officiel que, grâce aux deux maîtres que nous honorons aujourd'hui, brille de tout son éclat l'École de la Salpêtrière.

M. Falret, dans le livre sur les maladies mentales et les asiles d'aliénés, publié en 1864, s'est appliqué à développer les principes qui doivent guider dans l'examen du malade et dans l'étude clinique de la folie; sa symptomatologie générale est un modèle du genre, et ses considérations générales sur les asiles trouvent encore chaque jour leur application.

De son côté, M. Baillarger a eu l'heureuse idée de réunir en volumes, sous le titre de *Recherches sur les maladies mentales*, la plupart de ses travaux; il les a groupés par séries distinctes, mettant à leur distribution le soin qui caractérise toutes ses œuvres; des sommaires d'une extrême clarté, placés à la fin des deux volumes, donnent une idée d'ensemble de chaque mémoire, si bien que les questions les plus ardues deviennent accessibles à ceux même qui n'ont pas l'habitude de ces études spéciales.

On comprend, à la lecture de ce magnifique recueil, tout ce dont sont redevables à cet infatigable travailleur, l'anatomie et la physiologie des centres nerveux, la physiologie, la pathologie et la clinique mentales, la thérapeutique et la médecine légale des aliénés, sans oublier son sujet d'étude de prédilection, la paralysie générale. D'autre part, on vous dira bientôt ce que lui doivent la Société médico-psychologique et les *Annales*, son organe de vulgarisation.

En 1878, il fut l'objet de la plus flatteuse distinction de la part de ses collègues de l'Académie, qui l'élurent président; et, à son tour, il apporta dans la direction de leurs travaux et de leurs débats tout le poids de son autorité et toute l'aménité de son caractère.

Ces deux hommes d'élite, MM. Baillarger et Falret, émules dans le travail et la science, restent émules dans la charité et la bienfaisance.

Tous les deux s'étaient émus du sort qui attend parfois certains aliénés guéris ou convalescents à leur sortie de l'asile et, simultanément, ils avaient créé une œuvre de patronage dont la mission était de recueillir ces anciens malades, de les encourager, de les protéger, et les aider à trouver un travail rémunérateur, de les suivre ensuite dans les différentes positions pour écarter ou amortir les causes de rechutes,et intervenir si c'était encore nécessaire. Les deux sociétés se développèrent parallèlement, mais plus tard elles se fusionnèrent en une seule dont M. Falret resta le président, y consacrant tout son amour du bien et son activité. A sa mort, son fils, notre cher collègue, héritier des hautes qualités de son cœur et de son esprit, a pris la direction de cette œuvre de charité qui continue à rendre les plus grands services.

De son côté, M. Baillarger, dont la digne compagne, heureuse aujourd'hui de son triomphe, pourrait seule nous dire l'étendue de l'ineffable bonté, préoccupé des infortunes imméritées de quelques-uns de nos confrères, fonda l'Association mutuelle des médecins aliénistes de France dont il devint le président d'honneur et l'un des agents les plus actifs.

On ne s'arrêterait point si l'on voulait énumérer tout ce que la science et l'humanité doivent à ces maîtres vénérés, au souvenir desquels devra désormais s'associer dans cette enceinte le pieux souvenir de ceux qui les ont guidés.

Qu'il nous soit donc permis en ce moment d'unir dans notre hommage respectueux et de saluer, avec fierté, les noms glorieux de Pinel, d'Esquirol, de Baillarger, de Falret qui personnifient la florissante école de la Salpêtrière, ce berceau, ce foyer de la psychiâtrie dont le lumineux rayonnement s'est répandu dans le monde entier.

Congrès des aliénistes et des neurologistes de langue française.

Session de Clermont-Ferrand des 6 et 11 Août 1894.

Nous publions la circulaire suivante que nous venons de recevoir :

« Nous prions les personnes qui se proposent de faire partie de ce Congrès : médecins, aliénistes, neurologistes, juristes, jurisconsultes, de vouloir bien se hâter de nous adresser leur adhésion, et, autant que possible, leur cotisation (20 francs), afin que nous puissions régler, en temps utile, le programme de la session. Nous prenons la liberté d'attirer leur attention sur les avantages et attractions suivants :

« 1° Tout congressiste aura droit aux séances et pourra y prendre la parole s'il le juge utile pour la science; il aura également droit aux réceptions offertes par les autorités et les asiles visités, aux distractions qu'on organisera pour recevoir le mieux

possible le Congrès, enfin il recevra un livre contenant les travaux du Congrès ;

« 2° Des locaux, chambres, pensions, seront arrêtés à l'avance, à des prix modérés, pour MM. les Congressistes ; 3° le Congrès sera ouvert sous la présidence de M. le préfet du Puy-de-Dôme ;

« 4° Les travaux du Congrès seront dirigés sous la présidence de M. le Dr Pierret, l'éminent aliéniste, médecin en chef de l'établissement départemental d'aliénés de Bron, à Lyon ; 5° outre les trois grandes questions qui doivent être traitées par de savants aliénistes, plusieurs autres sujets intéressant l'aliénation mentale seront exposés par leurs auteurs, qui se sont déjà fait inscrire, ce qui donnera à notre Congrès un intérêt scientifique extrême ;

« 6° Les séances auront lieu dans la grande salle des fêtes de l'hôtel de ville, gracieusement mise à notre disposition par M. Lécuellé, maire de Clermont-Ferrand, qui se propose de recevoir les congressistes; 7° le Congrès s'est déjà acquis la bienveillante sollicitude de toutes les autorités et de la presse locale; 8° sur la demande du Dr Hospital, organisateur du Congrès, le Conseil général du Puy-de-Dôme a voté, à l'unanimité, une somme de 600 francs destinée à rendre agréable, par quelques distractions, le séjour des congressistes à Clermont-Ferrand ; 9° les dames qui voudront bien accompagner leurs maris recevront à Clermont un accueil des plus sympathiques, de la part des religieuses de l'établissement de Sainte-Marie et d'un comité de dames ;

« 10° Les établissements de Sainte-Marie, à Clermont, et de La Cellette, dans la Corrèze, auront l'honneur de recevoir MM. les congressistes ; 11° les moyens de transport sont multiples et peu onéreux : MM. les congressistes pourront utiliser, pour se rendre à Clermont, soit un billet circulaire, soit un billet d'aller et retour pouvant se proroger avec un léger supplément, et dont les prix actuels sont peu supérieurs à l'ancien demi-tarif; 12° la Compagnie des eaux thermales de Royat, interviewée par nous, s'est empressée de nous répondre, par son aimable directeur, qu'elle mettrait à la disposition des congressistes son établissement et son casino; des cartes personnelles leur seront adressées.

« Clermont-Ferrand, le 3 juin 1894.

« Dr Hospital,
Médecin en chef de l'établissement Sainte-Marie.

Nous recevons la communication suivante, dit le *Puy-de-Dôme* du 12 juillet :

Quelques semaines à peine nous séparent de l'ouverture de ce Congrès, qui aura lieu à Clermont, du 6 au 11 août; il nous faut tout ce temps pour en préparer le fonctionnement; nous faisons donc un dernier appel aux retardataires et aux hésitants; qu'ils

nous permettent d'attirer spécialement leur attention sur les points suivants :

1° Une carte personnelle va être adressée à chaque adhérent, ainsi qu'aux invités; 2° quelques jours avant l'ouverture, les uns et les autres recevront le programme détaillé des travaux et récréations de l'assemblée (séances où seront traités les sujets proposés; visites aux asile, hôpitaux, école, Facultés, curiosités locales, Royat, musées; séances avec adjonction d'images, projections oxhydriques, réceptions par les autorités, et asile Sainte-Marie; grande excursion au Puy-de-Dôme, etc., etc.); 3° outre les trois grands sujets traités par les trois rapporteurs du Congrès, MM. Ladame, privat-docent à l'université de Genève; Gilbert Ballet, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, et P. Marie, également professeur agrégé à la même Faculté, se sont fait inscrire pour prendre la parole sur divers sujets : MM. Maurice de Fleury, de Paris; Charles Vallon, médecin en chef de l'asile de Villejuif; docteur Mendelssohn, de Saint-Pétersbourg; Auguste Brachet, lauréat de l'Institut; docteur Rouby, de Dôle; docteur Levillain, de Royat, et d'autres encore.

Nous prions donc les médecins qui se proposent de se joindre à nous, de se dépêcher. Première séance le 6 août, à huit heures du matin, dans la grande salle de l'Hôtel de Ville. Dr Hospital.

FAITS DIVERS.

Asiles d'aliénés. — *Promotions* : M. le Dr Vallon, médecin en chef de l'asile de Villejuif, est promu à la classe exceptionnelle; — M. le Dr Dubuisson, médecin en chef à l'asile clinique (Sainte-Anne) est promu à la 1re classe; — M. le Dr Dubuisson, médecin en chef de l'asile de Braqueville, est promu à la 2e classe (arrêté du 1er juillet); — M. le Dr G. Cortyl, medecin de l'asile de Saint-Venant, est promu à la classe exceptionnelle (1er juillet).

Faculté de médecine de paris. — *Clinicat :* Nos collaborateurs, MM. les Drs Roubinowitch et Toulouse ont été nommés *ex-æquo* et dans l'ordre alphabétique, chefs de clinique de la chaire de clinique mentale à l'Asile clinique (Sainte-Anne). Nous adressons à tous deux nos félicitations sincères.

Nécrologie. — La *Revue médicale de l'Est* nous apporte la triste nouvelle de la mort prématurée du Dr Auguste Langlois. Il était né

le 23 mai 1839 à Avranches. Successivement interne à l'Asile de Saint-Dizier, médecin-adjoint des Asiles de Dijon et de Vaucluse, médecin en chef de l'Asile de Maréville; Langlois n'a laissé partout que des amis toujours heureux de ses joies, de ses succès, toujours tristement émus lorsqu'ils découvraient le moindre nuage sur cette physionomie qu'ils aimaient à voir gaiement animée. Parmi ses travaux, nous noterons : sa thèse de doctorat sur les *Maladies incidentes chez les aliénés*, Paris, 1893; une *Étude physiologique sur le sommeil;* la *Question de survie des fonctions et des organes chez les premiers-nés;* des *Rapports de médecine légale; Folie simulée et aliénés dits criminels*, 1889. Depuis le premier novembre 1879, il était chargé du cours annexe de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Nancy. « Préoccupé, avant tout, a dit le Dr Heindenreich, sur sa tombe, d'inculquer aux élèves des connaissances pratiques, il faisait passer sous les yeux les divers types d'aliénés, causant avec les malades, les amenant à étaler eux-mêmes sous les yeux des assistants la déviation et la défaillance de leur intelligence et de leur volonté. Il apportait dans cet enseignement une verve, qui rendait ses leçons agréables, en même temps qu'instructives. »

Maison nationale de Charenton. — *Concours pour l'Internat.* — Ouverture du concours, le mardi, 26 juin 1894. Conditions. Sont autorisés à concourir, les étudiants en médecine de nationalité française, âgés de moins de trente ans, et pourvus de douze inscriptions. Les candidats qui voudront concourir devront se présenter au secrétariat de la Maison Nationale pour obtenir leur inscription en y déposant les pièces ci-dessous indiquées : 1° acte de naissance ; 2° certificat de scolarité ; 3° certificat de bonnes vie et mœurs. La liste des candidats sera close le 18 juin 1894. Les épreuves du concours seront les suivantes : 1° une composition écrite de trois heures sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux. Il sera accordé 30 points pour cette épreuve; 2° une épreuve orale de quinze minutes sur un sujet de pathologie interne et de pathologie externe, après quinze minutes de préparation. Il sera attribué 20 points à cette épreuve. — *Nota.* La durée de l'internat est fixée à trois ans. L'allocation accordée aux internes de la Maison Nationale de Charenton est : pour la 1re année, de 1.500 francs; pour la 2e année, de 1.600 francs; pour la 3e année, de 1.700 francs. En dehors de l'interne de garde, qui est nourri et logé, les internes ont droit au déjeuner.

— Ce concours s'est ouvert le 26 juin devant un jury présidé par M. l'inspecteur général Regnard, et dont faisait partie, outre les médecins et le chirurgien de Charenton, M. le Dr Labrurthe, médecin du ministère de l'intérieur. Sur 11 candidats inscrits, 9 ont fait la composition écrite ; 7 seulement ont subi toutes les épreuves. *Question écrite :* Cordons postérieurs de la moelle (anatomie et

physiologie). — Etaient restées dans l'urne : Nerf facial, anatomie et physiologie ; 4e ventricule. — *Questions orales :* Colique hépatique ; Etranglement herniaire, signes et diagnostic. Restées dans l'urne : Fièvre typhoïde; Fracture du rocher, signes et diagnostic; Erysipèle de la face; Rétrécissement de l'urètre, signes et diagnostic. — Sur les 7 candidats, 5 ont été déclarés admissibles dans l'ordre suivant : MM. Poussin, Thibaud, Seulecq, Poitou et Monod.

Faculté de Buda-Pesth. — M. le Dr Donath a été nommé privat-docent de neuropathologie.

Asile d'aliénés d'Armentières (Nord). — *Demande d'interne.* — Une place d'interne en médecine est vacante à l'asile d'Armentières, située à 25 minutes des Facultés de Lille. Conditions : 12 inscriptions de doctorat. Les internes sont nourris, logés, chauffés, éclairés, et reçoivent pour la première année un traitement de 600 francs. Adresser les demandes au directeur, médecin en chef.

Asile d'aliénés de Dury-lès-Amiens. — *Demande d'interne.* — Une place d'interne en médecine va être vacante *très prochainement* dans cet asile. Conditions : être Français; 12 inscriptions doctorat. — Traitement : 800 francs argent; nourriture, logement, chauffage, éclairage. — Produire un certificat de scolarité et un certificat de chef de service comme références. — Il y a à l'asile deux internes en médecine et un en pharmacie.

Un aliéné sur la voie du chemin de fer P.-L.-M. — Dans la nuit de dimanche à lundi, un individu qui se trouvait sur la voie du chemin de fer P.-L.-M., entre Gien et Briare, apercevant le train qui arrive à Gien à 4 h. 22, faisait des signes en agitant un pantalon rouge. Le conducteur fit arrêter le train et fit monter cet individu et le mit à la disposition du gendarme de service à la gare de Gien. Cet individu, qui n'a pu prononcer aucune parole, était porteur d'un livret d'ouvrier et d'un livret militaire au nom de Vrinat. Il résulte des recherches faites que cet individu est le nommé Vrinat (Jean), âgé de trente-deux ans, domicilié à Briare, chez ses parents. Cet aliéné s'est levé vers quatre heures du matin et s'est sauvé avec ses effets de soldat. Le père est venu chercher son fils et a déclaré qu'il était atteint d'aliénation mentale depuis quelques jours. La famille va faire le nécessaire en vue du rétablissement du sieur Vrinat. (*Le Républicain orléanais* du 7 juin.)

Mercier (A.). — *Les Coupes du système nerveux central.* — Volume in-18 de xii-278 pages. — Paris, 1894. — Librairie Rueff et Cie.

Le rédacteur-gérant, Bourneville.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 794

Vol. XXVIII. Septembre 1894. N° 91.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

NOUVELLE MÉTHODE GRAPHIQUE PERMETTANT D'ENREGISTRER TOUS LES TREMBLEMENTS; EN PARTICULIER LE TREMBLEMENT DE LA LANGUE ET DE CERTAINS MUSCLES COMME L'ORBICULAIRE DES LÈVRES;

Par M. LE FILLIATRE,
Interne en médecine des asiles de la Seine; ex-préparateur à la Faculté de médecine.

Le tremblement des membres et du corps dans les différentes maladies nerveuses était jusqu'à ce jour enregistré cliniquement par des appareils donnant pour la plupart le graphique du tremblement RELATIF et non du tremblement ABSOLU; quant au tremblement de la langue ou de certains muscles superficiels comme l'orbiculaire des lèvres, par exemple, il n'avait pas encore été permis d'en obtenir le graphique sur le cylindre enregistreur.

Passons rapidement en revue les différents procédés employés jusqu'à ce jour.

L'appareil dont s'est servi M. le Dr Fernet (catalogue de Ch. Verdin, novembre 1890, fig. 136), dans son *Etude sur les tremblements* (Thèse d'agrégation, Paris, 1872), et dont se sert l'Ecole de la Salpêtrière, se compose d'un tambour à réaction de Marey muni d'une tige métallique permettant au malade de le tenir a la main. La paroi mobile du tambour, porte à son centre une tige sur laquelle on visse une masse métallique.

Les oscillations de la main tenant le tambour se transmettent,

par l'intermédiaire d'un tube en caoutchouc, au tambour enregistreur dont le style se meut sur le cylindre noirci. On comprend facilement qu'avec cette technique on n'enregistre que le tremblement RELATIF de la main tenant le tambour (c'est-à-dire en état de contraction musculaire). Je dis que le tremblement ainsi obtenu est RELATIF, car il faut une secousse musculaire assez forte pour mettre en mouvement la masse pesante que supporte la membrane de caoutchouc; par suite des secousses musculaires, assez faibles pour ne pas déplacer

(Vitesse lente).

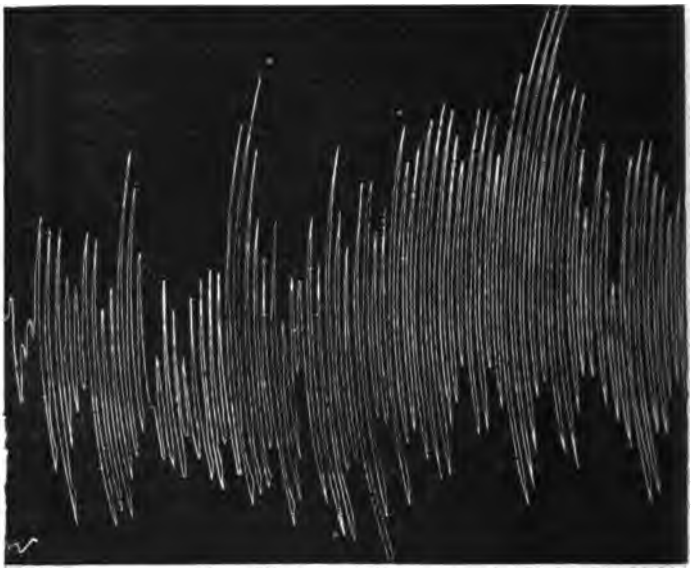


Fig. 4. — Tremblement de la main chez un Parkinson.

la masse pesante, ne se trouveront pas enregistrées. Quant au tremblement à l'état de repos il n'est pas permis d'en avoir le graphique.

M. le Dr Dutil, dans son *Etude clinique des Tremblements hystériques* (Thèse de doctorat. Paris, 1891), se sert d'un procédé presque analogue, mais plus précis. Le tambour au lieu d'être tenu à la main « est monté sur une plaque en métal que l'on fixe solidement sur la surface dont on se propose

d'enregistrer les oscillations ». Avec ce procédé on obtient le raphique du tremblement sans que le malade ait à faire le moindre effort. Néanmoins c'est toujours le tremblement RELATIF qui est enregistré et non le tremblement ABSOLU ; une certaine partie du travail étant employée à déplacer la masse métallique fixée sur la membrane de caoutchouc.

M. le Dr Dutil, pour des oscillations trop violentes, explore « directement les muscles en appliquant un tambour myographique soit sur la face postérieure de l'avant-bras, soit sur la région antérieure de la cuisse ».

Avec cette technique on enregistre la contraction musculaire du muscle sur lequel porte le tambour myographique et non le tremblement du membre dans sa totalité.

Fubini (*Novo metodo per scrivere il tremore*, *Ann. univ. de med. e chir.*, Milano, 1886, col. XXVII, 391-339) décrit un appareil permettant d'enregistrer le tremblement absolu de la MAIN ET DE L'AVANT-BRAS SEULEMENT, et ne pouvant s'employer que pour des oscillations ne dépassant pas une certaine amplitude.

Le procédé photographique plus précis que les précédents, comme le fait remarquer M. le Dr Dutil, « pourvu qu'on ait soin de se placer dans des conditions invariables (même objectif, mise au point exacte, etc.) a, de plus, l'avantage de fournir des tracés qui indiquent la direction des oscillations et dans le sens vertical et dans le sens transversal. Mais il a le défaut d'exiger un dispositif plus compliqué, d'être d'un maniement plus délicat que le procédé graphique ordinaire » ; ce n'est donc pas un procédé pratique en clinique.

Tous ces procédés ne permettent pas d'enregistrer le TREMBLEMENT DE LA LANGUE ET DE CERTAINS MUSCLES COMME L'ORBICULAIRE DES LÈVRES.

M. le Dr Féré, cherchant à enregistrer les mouvements ataxiques de la langue, avait fait construire un appareil (catalogue Ch. Verdin, octobre 1830, fig. 137) se composant d'un tambour de Marey portant un petit index fixé au centre de la membrane de caoutchouc. Le tambour se termine par un tube en métal, auquel s'adapte un tube en caoutchouc qui le met ainsi en communication avec un deuxième tambour enregistreur. Le tube en métal glisse à frottement dans un support, ce qui permet de rapprocher plus ou moins l'index de la bouche du malade. Faisant tirer la langue au malade le style

remue chaque fois que la langue touche l'index. Cherchant, au moyen de cet appareil, à enregistrer les mouvements de la langue chez les paralytiques généraux et les alcooliques aigus, nous avons remarqué qu'il est très difficile d'obtenir des malades de diriger exactement leur langue sur l'index et par

(Vitesse lente).

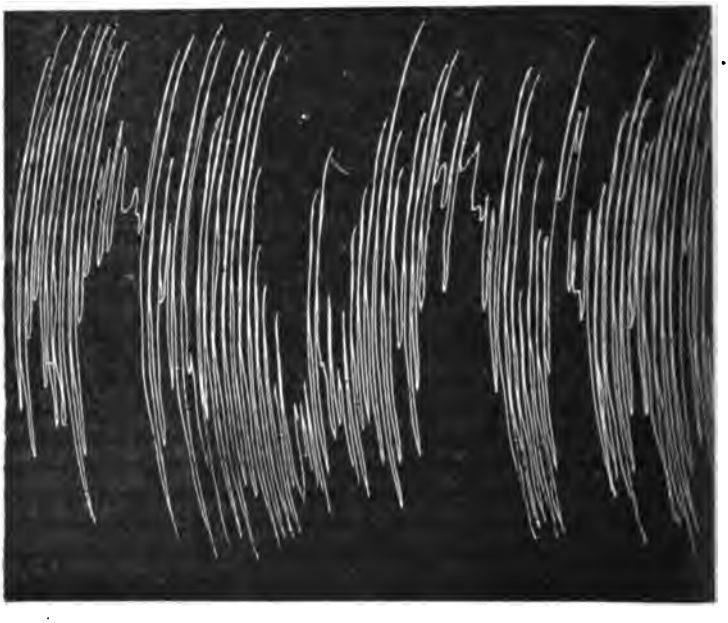


Fig. 5. — Tremblement de la langue hors de la bouche dans l'alcoolisme aigu.

suite de venir le toucher; tantôt le malade porte sa langue soit au-dessus, soit au-dessous, tantôt il la retire en arrière et enfin jamais il ne touche l'index d'une façon continue. D'un autre côté, il est impossible d'enregistrer avec cet appareil les mouvements de la langue lorsqu'elle repose sur le plancher buccal; quant au TREMBLEMENT FIBRILLAIRE, au TREMBLEMENT VERMICULAIRE, il n'est pas possible d'en obtenir le graphique.

Après avoir cherché longtemps à enregistrer les TREMBLEMENTS ABSOLUS des membres, de certains muscles, comme l'orbiculaire des lèvres, de la langue maintenue hors de la bouche

ou dans la cavité buccale, nous avons été assez heureux pour trouver un APPAREIL DONNANT A LUI SEUL les graphiques de ces différents tremblements.

Notre appareil se compose (*fig.* 6) de deux tambours de

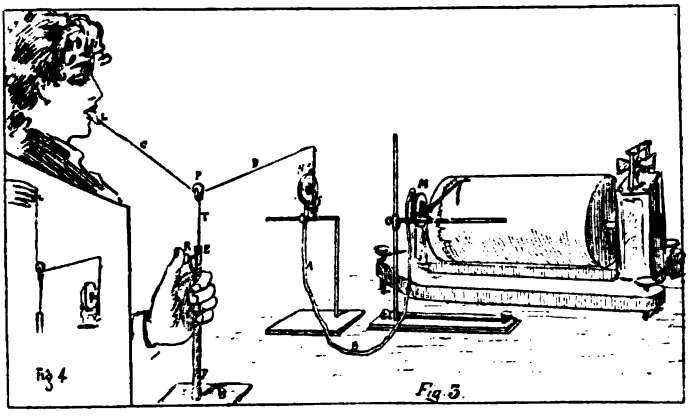


Fig. 6.

de Marey, l'un enregistreur M, l'autre N, à réaction, chargé de transmettre au tambour M, au moyen d'un tube en caoutchouc AB, les vibrations communiquées à la membrane élastique *ef* par un crin de cheval CD, lequel est fixé à la muqueuse linguale ou à la peau d'une région quelconque du corps au moyen d'un hameçon spécial L. La difficulté était de tendre le fil de crin CD, de façon que dans toutes les positions de la langue ou des membres, la transmission puisse se faire instantanément.

Le but eût été facile à atteindre si la langue ou les membres du malade fournissaient des oscillations passant toujours par un même point d'un axe, autour duquel se produiraient les tremblements de la langue ou des membres; et encore, dans ce cas, pour toutes les expériences, le fil CD n'aurait pas la même tension, car on le tendrait en déplaçant avec la main le tambour N; on n'aurait par suite qu'une tension approximative et jamais la même pour toutes les expériences. Cette distance CD varie avec chaque déplacement de la langue, soit que celle-ci change de volume, par suite de dimension, soit que l'on fasse tirer plus ou moins la langue au malade.

Nous avons cherché à obtenir une tension toujours constante dans le fil CD, pour les différentes positions que peuvent occuper la langue ou les membres des sujets observés.

La solution nous l'avons trouvée en faisant glisser le fil CD dans la gorge d'une poulie, P, EXCESSIVEMENT LÉGÈRE, laquelle est fixée au moyen d'une monture spéciale à une tige T très mince, EXCESSIVEMENT LÉGÈRE et pouvant monter et descendre sans frottement dans un tube, E F fixé solidement sur un support H.

A l'extrémité du tube EF est adapté un petit ressort R qui permet de fixer avec le pouce instantanément la tige T dans un point quelconque de sa course dans le tube EF. Ainsi donc, si ayant accroché l'hameçon à la langue, par exemple et ayant placé la poulie P à cheval sur le fil CD, ce fil sera tendu par le propre poids de la poulie et de sa tige, et, au moment où nous voudrons enregistrer le tremblement, il nous suffira d'appuyer sur le ressort R pour fixer la tige T, SUPPRIMER AINSI LE POIDS DE LA POULIE ET DE SA TIGE, et permettre, par suite, à la transmission des mouvements ou des vibrations de la langue de se faire aisément par le fil CD actuellement tendu.

Remarquons que tant que l'on ne fixera pas la tige T au moyen du ressort R, les mouvements de la langue ou des membres ne se transmettent pas au style, mais seulement à la tige T mobile dans le tube EF.

L'appareil enregistreur se compose d'un cylindre enregistreur mis en mouvement au moyen d'un système d'horlogerie avec régulateur de Foucault.

TECHNIQUE. — 1° POUR LE TREMBLEMENT DE LA LANGUE ET DE L'ORBICULAIRE DES LÈVRES : agir comme il est indiqué précé-

(Vitesse lente).

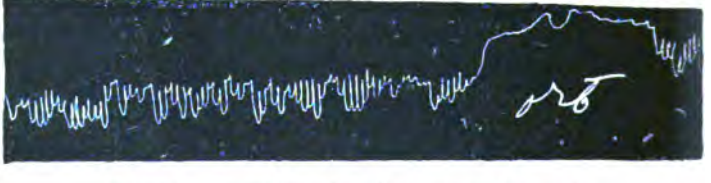


Fig. 7. — Tremblement de l'orbiculaire des lèvres dans la paralysie générale.

demment (*fig.* 6), en ayant soin de fixer au préalable la tête du

malade assis à un support, afin de ne pas enregistrer en même temps les mouvements du corps ou de la tête. Exemple : *fig.* 5, *fig.* 6 *et fig.* 7. (Vitesse lente.)

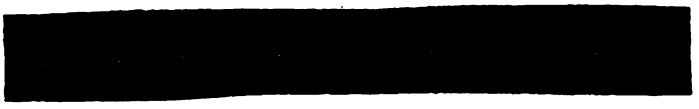


Fig. 8. — Tremblement vermiculaire de la langue dans la paralysie générale.

2° Pour le tremblement des membres : accrocher l'hameçon à la pulpe d'un doigt ou à un point quelconque du membre. Si le tremblement se fait plutôt dans le sens vertical, disposer l'appareil comme dans la figure 4 ; si au contraire le tremblement s'exécute surtout dans le plan horizontal, disposer l'appareil comme dans la figure 3.

3° Pour le tremblement du corps : le malade étant couché ou assis, se servir de l'appareil comme pour l'enregistrement du tremblement de la langue (*fig.* 3).

Tous les graphiques ci-dessus, obtenus avec notre appareil, sont pris avec le même style et à la vitesse lente du cylindre enregistreur, à régulateur de Foucault.

CLINIQUE NERVEUSE

AMNÉSIE RÉTRO-ANTÉROGRADE A TYPE CONTINU ET PROGRESSIF PAR CHOC MORAL;

Par Edouard TOULOUSE, médecin de l'asile Saint-Yon.

Les observations circonstanciées d'amnésie ne sont pas encore très nombreuses. Parmi elles, celles qui se rapportent à des troubles de la mémoire, consécutives à des émotions morales sont en très petit nombre. Lunier[1], M. Ribot[2], M. Rouillard[3],

[1] Lunier. — *De l'influence des grandes commot. polit. et sociales sur le développement des mal. ment. Ann. méd.-psych.*, 1874, t. XI, p. 350.
[2] Ribot. — *Les maladies de la mémoire*, 8e édition, 1893, p. 69.
[3] Rouillard. — *Essai sur les amnésies*, 1885, p. 84.

M. Arnozan [1], Charcot [2] et M. Féré [3] en ont cité quelques cas. Encore la plupart de ces observations sembleraient devoir être rapportées à l'hystérie. C'est l'opinion plus ou moins explicitement exprimée par M. Sollier [4] et par M. Souques [5] dans deux travaux récents. Les malades ont présenté presque toujours une tendance à la guérison rapide, et certains phénomènes pathognomoniques, tels que la reproduction, dans des états hypnotiques, des souvenirs disparus. Il m'a donc paru intéressant de publier l'histoire d'une malade atteinte, à la suite d'une émotion, d'une amnésie rétro-antérograde très étendue, à marche progressive, et où la névrose hystérique ne semble pas devoir être incriminée ni dans l'étiologie ni dans le mécanisme.

Voici l'observation de ce cas :

Le 6 septembre 1891 était amenée à l'asile Saint-Yon une femme qui y était envoyée par les soins de l'administration de l'Hôtel-Dieu de Rouen où elle se trouvait en traitement. On n'avait pas voulu la conserver dans cet hôpital parce que la nuit elle se levait quelquefois et troublait le repos de ses camarades de salle, et qu'elle ne paraissait pas avoir toute sa raison, car elle ne reconnaissait pas toujours son lit. On ajoutait, peut-être pour donner de plus sérieux prétextes à sa séquestration, qu'elle avait manifesté le désir de se tuer et qu'elle voyait aussi des êtres imaginaires.

A l'asile, on constata que cette femme était incapable de donner aucun renseignement sur elle-même, son passé, son entrée à l'hôpital, son genre de vie antérieure et les divers événements auxquels elle avait été mêlée dans ces dernières années. Outre cette amnésie, très étendue, et probablement à cause de cette faiblesse de la mémoire, dont elle avait conscience et dont elle souffrait, elle présentait un état général de dépression et de tristesse qui en faisait, pour le certificat de vingt-quatre heures, une mélancolique simple *sans hallucinations*. On fut obligé de recourir aux renseignements que la mairie et le commissariat de police font prendre, dans tous les cas de séquestration d'office, par diverses personnes, et notamment par un médecin, et qui sont transmis à l'asile. On apprit alors que cette femme s'appelait B..., qu'elle

[1] Arnozan. — *Amn. rétrograde à la suite d'émotion morale.* (*Bull. Soc. méd. clin.*, *Bordeaux*, 1887, p. 588.)

[2] Charcot. — *Sur un cas d'amnésie rétro-antérograde probablement d'origine hystérique.* (*Rev. de méd.*, février 1892).

[3] Féré. — *La pathologie des émotions*, 1892, p. 325.

[4] Sollier. — *Les troubles de la mémoire*, p. 188 et suiv.

[5] Souques. — *Essai sur l'amnésie rétro-antérograde...* (*Rev. de médecine*, 1892, p. 367 et 867.)

avait cinquante-quatre ans, étant née le 25 février 1837, qu'elle était célibataire, sans parents, et avait exercé jadis le métier de lingère. Elle était devenue malade à la suite de l'incendie de la maison qu'elle habitait rue de la R..., 9, et qui avait éclaté quelques années avant. Dans ces derniers temps, elle était domiciliée rue Saint-H..., 126, où elle demeurait depuis le mois de janvier dernier. On l'avait trouvée quelques jours auparavant errante dans les rues de Rouen et n'ayant pas mangé depuis trois jours.

Je me suis livré à une enquête qui m'a permis de préciser et de compléter ces renseignements ; mais je n'en ai recueilli aucun sur les antécédents héréditaires de cette malade. Il y a quelques années, Mme B... vivait rue de la R... 9, à Rouen, dans une petite maison attenant à un moulin. Elle sous-louait ses appartements meublés et menait une vie très régulière, ne se livrant à aucun excès alcoolique ou autre. Quelque temps auparavant elle avait été abandonnée par son amant, ce qui l'avait beaucoup affectée. Elle était d'ordinaire triste et peu communicative et manquait d'énergie ;cependant elle ne paraissait atteinte d'aucun trouble nerveux ni mental apparent.

L'incendie de la maison où elle habitait eut lieu dans les premiers mois de 1887. Mme B... put sauver ses bijoux et quelques-uns de ses meubles. Malheureusement elle avait négligé de payer la dernière annuité de ses assurances et, malgré un procès qu'elle intenta ultérieurement à la Compagnie en cause, ne fut pas dédommagée de ses pertes. Le lendemain de l'accident, Mme B... était installée dans un petit logement d'une maison voisine; ses amies la trouvèrent dès ce moment complètement changée. Elle paraissait *perdue*, ne sachant pas trop ce qu'elle faisait, gémissant sur sa situation et incapable d'agir pour se tirer d'affaire. Durant les quelques mois qu'elle passa dans ce logement, *elle ne rangea pas ses meubles*, qui restèrent tout le temps à la place où on les avait mis primitivement. Mme B... sortait peu, ou, quand elle quittait son domicile, *c'était pour rester parfois jusqu'à huit jours dehors*, Que faisait-elle dans ses longues sorties ? Se perdait-elle dans les rues ? Je n'ai pu le savoir. Ce qui est sûr ,c'est qu'elle ne pouvait se livrer à aucun travail nécessaire à son existence. Elle se désolait, reconnaissait son impuissance et manifestait des idées de suicide. Mais ce qui est important à relever, c'est que sa mémoire était manifestement diminuée; elle en paraissait *tout hébétée*. Cependant elle pouvait encore se conduire tant bien que mal et vivait en utilisant ses dernières ressources et en vendant peu à peu ses meubles et ses bijoux.

Elle changea plusieurs fois de domicile parce que, disait-elle à une de ses amies, on la traitait de folle, bien qu'elle n'émît à aucun moment d'idées délirantes. Dix-huit mois environ après l'incendie, elle trouva une place de concierge, et ce fut le seul travail auquel

elle se livra avant d'entrer à l'asile. Mais elle ne put rester que très peu de temps dans sa loge ; elle ne pouvait faire aucun service sérieux et les locataires la traitaient encore de folle, d'imbécile. Enfin, après quelques pérégrinations à travers des logements de plus en plus misérables et après avoir épuisé ses dernières ressources, on la ramassa un jour errant dans les rues de la ville n'ayant pas mangé depuis quelque temps et ne sachant donner sur elle-même aucune indication précise.

Un point semble établi, c'est que l'incendie a provoqué cet état d'amnésie et d'aboulie que l'on constate encore aujourd'hui chez Mme B... et qui la faisait ressembler à une aliénée. Mais le choc moral de l'incendie ne paraît pas avoir agi à la façon des chocs traumatiques ; il ne semble pas qu'il y ait eu de la stupeur suivie de dysmnésie. L'affaiblissement de la mémoire a dû, bien que consécutif à l'accident, se développer peu à peu et suivre une marche progressive, car la malade a pu pendant un certain temps encore vivre de la vie commune, quoique bien difficilement. Cela permet-il de penser que le terrain était prédisposé de longue date à cette évolution particulière ? Quoi qu'il en soit, le choc de l'incendie a été aidé dans sa puissance étiologique par les émotions de la perte du procès et les fatigues morales et physiques qui escortent d'ordinaire la misère. Ajoutons que la malade ne présente pas de traces de syphilis ni, comme on le verra, de stigmates hystériques, ni de signes de maladies organiques de l'encéphale, et qu'en fin de compte son amnésie doit être rattachée à une émotion morale qui a joué là le rôle de cause plus ou moins efficiente.

Au moment de son entrée, le trouble mental principal que présentait Mme B... était donc une amnésie qui paraissait causée par l'émotion de l'incendie de sa maison, et qui s'étendait sur la période de sa vie consécutive à cet accident et remontait même plus ou moins loin dans le passé de la malade. En outre il existait une incapacité profonde de fixer de nouveaux souvenirs [1]. En d'autres termes, le diagnostic de ces troubles de la mémoire pouvait se formuler de cette manière : *Amnésie rétrograde et antérograde de reproduction et de conservation.* Il n'existait pas d'idées délirantes bien caractérisées ni d'hallucinations. La malade était assez docile et aidait le personnel du quartier dans de menues besognes, où cependant on était obligé de la guider en quelque sorte à la main ; car elle oubliait aussitôt les ordres qu'on lui donnait.

[1] M. Sollier (ouvr. cité) a eu raison d'insister sur cette division de l'amnésie antérograde, qui peut porter sur la conservation ou sur la reproduction des souvenirs.

Je n'ai pu voir cette femme qu'une année environ après son entrée à l'asile. Je l'ai trouvée telle que les certificats et les notes laissées sur elle au début de son internement la décrivaient. Je l'ai interrogée à diverses reprises depuis mon premier examen, et enfin tout récemment je l'ai encore revue avec soin. Je n'ai jamais constaté de changement notable dans l'état de sa mémoire, si ce n'est qu'elle paraît s'affaiblir progressivement plutôt que tendre à se restaurer. Aussi, pour éviter des redites, je décrirai les phénomènes morbides actuels que présente cette malade, en indiquant parfois les changements que j'ai pu noter dans leur évolution.

Examen somatique. — Mme B... est une femme de cinquante-sept ans, grande, sèche, assez bien musclée. La peau, surtout au visage, est blafarde, de teinte terreuse; les cheveux sont presque blancs. Ni la tête ni le corps ne présentent de vices de conformation accusés.

La physionomie exprime la tristesse; les yeux sont, quand elle est assise, fixés à terre et le regard est vague; les traits de la figure tombent. La voix est plutôt basse, faible, sans timbre; la parole est monotone et lente. La force n'est pas grande, malgré des muscles assez volumineux. Leur contraction n'est pas brusque et donne, au dynamomètre, une indication moyenne de 23° pour la main droite et de 19° pour la main gauche. Cette faiblesse de la pression dynamométrique, qui est un acte au plus haut point volontaire dont la principale condition est une conscience nette de l'effort à produire est, dans ce cas, très compréhensible. Ce fait concorde avec les résultats que j'ai obtenus chez les aliénés[1], où la force de pression dynamométrique n'est point tant en rapport avec le développement de la musculature qu'avec l'état de lucidité et de conscience du malade. Mme B... étant dépourvue d'attention et se représentant mal, par suite de son amnésie, le mouvement à exécuter, ne peut avoir une pression dynamométrique élevée. Il faut encore noter que, chez elle, la force de cette pression est assez variable et augmente d'une façon très évidente lorsqu'on parvient à attirer l'attention du sujet et qu'on l'y maintient quelque temps sur l'acte commandé.

La sensibilité ne présente pas de troubles notables. Elle sent sur tous les points de son corps, au contact et à la pression, et localise assez facilement les sensations. Il n'a pas été possible de déterminer bien exactement la distance minima à laquelle sont perçues les

[1] *Recherches dynamométriques chez les aliénés*, comm. à la Société de biologie (3 juin 1893). — *De la dynamométrie chez les aliénés.* (*Bull. de la Soc. méd. ment. de Belgique*, 1893, p. 161.)

deux pointes de l'æsthésiomètre, car la malade, dont le cerveau se fatigue vite, ce qui occasionne une douleur de tête, se prête mal à ces investigations minutieuses. Elle paraît sentir avec un léger retard apparent, ce qui tient sans doute à une certaine paresse psychique générale. Elle peut enfin dire assez nettement quels dessins élémentaires, de lettres ou d'autres objets, on trace sur sa peau avec une épingle pendant qu'elle a les yeux bandés.

La sensibilité à la douleur est conservée, bien qu'un peu obtuse. De même pour la sensibilité à la chaleur. La malade différencie les corps chauds des corps froids, et se dérobe lorsque la température d'un objet est trop élevée, dépasse par exemple 50°.

Le sens musculaire ne paraît pas troublé. Mme B... indique la position de ses membres. D'autre part, elle exécute assez facilement, quoique lentement et les yeux bandés, certains mouvement, tels que ceux de porter un de ses doigts dans son oreille ou sur le nez ou sur un objet qu'elle vient de voir sur une table voisine. Il faut cependant noter — ce sur quoi je reviendrai plus loin — que l'écriture est plus incorrecte lorsque le sens de la vue ne peut s'exercer. Elle marche et se tient en équilibre assez facilement quand ses yeux sont voilés.

Les réflexes sont tous conservés et d'intensité normale. Parmi les tendineux, je citerai notamment le réflexe patellaire, qui est très apparent. Les autres, les réflexes antibrachiaux et du poignet sont à peine sensibles. L'excitation de la conjonctive, de la muqueuse du pharynx, de celle du nez produit du clignement et des mouvements de déglutition et des narines.

Les pupilles sont moyennement dilatées, sensibles à la lumière et à l'accommodation aux distances. L'acuité visuelle est faible; mais cela doit tenir au défaut de transparence des cristallins, qui sont légèrement nuageux. Le champ visuel paraît rétréci; je n'ai pu le circonscrire exactement, car Mme B... se fatigue vite et ne se soumet pas aux explorations de quelque durée sur ses sens; elle ne répond plus alors aux questions posées. La malade trie des laines appartenant aux principales couleurs du prisme et me les nomme; elle reconnaît parfois des nuances qu'elle ne peut me désigner. Les images des couleurs paraissent mieux conservées que les images verbales correspondantes.

L'acuité auditive est quelque peu diminuée. Les sensations de l'ouïe sont extériorisées et assez bien situées dans l'espace.

Elle semble reconnaître certaines odeurs familières, telles que la menthe, la fleur d'oranger, mais ne les nomme pas; toutefois, quand je dis leurs noms, elle se les rappelle. Enfin, elle désigne facilement les saveurs sucrées, salées et amères (quinine); l'acide acétique lui paraît salé.

En somme, il n'existe pas de troubles bien nets de la sensibilité, ou tout au moins le mode usuel de nos explorations ne permet

pas de les mettre en lumière. Mais il n'y a pas d'anesthésies, d'hyperesthésies, d'achromatopsies, telles qu'elles se manifestent d'ordinaire dans certaines névroses, dans l'hystérie. Ce qu'on peut dire, c'est que, d'une façon générale, les sensations sont perçues lentement, faiblement, et déterminent une réaction, notamment de douleur, très légère; ceci est probablement en rapport avec l'état d'asthénie psychique.

Pour terminer avec cet examen somatique, je dirai que la malade n'est plus réglée, que ses fonctions digestives, quoiqu'un peu paresseuses, s'exécutent bien. L'appétit est satisfaisant; il n'y a pas de troubles gastriques ni intestinaux. Mme B... *n'oublie pas* d'uriner. L'auscultation du cœur ne décèle qu'un certain éclat du deuxième bruit à la base; les pulsations sont en général *lentes*. On ne constate pas d'athérome appréciable sur les artères que l'on peut explorer. La respiration est superficielle et de rythme assez lent. La glande thyroïde ne présente rien d'anormal.

Examen psychique. — Ce qui frappe tout d'abord, ce qui est de beaucoup le plus important parmi les phénomènes intellectuels morbides de Mme B..., c'est l'amnésie.

L'étude de la mémoire de Mme B... doit comprendre trois parties: état des souvenirs de la période de temps contemporaine du choc moral, de celle qui l'a précédé et de celle qui l'a suivi.

De l'incendie, Mme B... ne se rappelle pas grand'chose; et les reuseignements qu'elle donne sur ce point sont assez contradictoires. Elle dit se souvenir qu'elle habitait rue de la R..., 9, au deuxième, lorsque l'incendie éclata, une nuit. Elle était couchée; elle entendit des craquements, des cris : Au feu! et des coups violemment frappés à sa porte. Elle se sauva dans l'escalier aidée par des voisins et elle vit des flammes très hautes. On la conduisit alors chez une voisine qui demeurait dans une maison située en face la sienne. Or, de tous ses souvenirs, il n'y a de certain que celui de sa demeure, rue de la R..., 9. Les autres n'ont pas été contrôlés, ils sont d'ailleurs si banals et si peu circonstanciés qu'ils peuvent très bien être des réminiscences de conversations qu'elle a dû avoir ultérieurement avec d'autres personnes sur ce sujet. Rien ne prouve même qu'ils ne représentent pas une création de son esprit, brodant sur ce souvenir vague d'incendie, et qu'elle ne raconte en somme les choses comme il est probable qu'elles ont dû se passer et non comme elles sont arrivées exactement. D'ailleurs elle se contredit dans les détails et dit tantôt qu'elle a fini la nuit chez une demoiselle de ses amies et tantôt chez ses parents. D'autre part il lui est impossible de dire la date, même très approximative, de l'accident, ni combien de temps il s'est écoulé depuis, ni comment elle était vêtue quand elle s'est sauvée de chez elle, ni le nom des personnes qui sont venues la prévenir, ni ce qu'elle a fait dans

les heures qui ont suivi, ni enfin aucune particularité qui pourrait donner plus de vraisemblance à ses souvenirs.

Un fait semble l'avoir frappée, ce sont les flammes. Elle dit qu'elle les revoit toujours en pensée, et que le soir, lorsqu'elle ferme les yeux, elle les a encore devant elle, très hautes et très lumineuses. Ceci cadre assez avec ce fait que les images visuelles paraissent chez elle avoir été mieux conservées dans sa mémoire que les résidus des autres sensations. Mais cette idée de flammes peut aussi être venue après coup et même ne pas correspondre du tout avec la réalité; il ne serait pas extraordinaire, en effet, qu'elle se soit sauvée sans voir le feu.

Ainsi les souvenirs correspondant à l'accident ne sont pas nombreux et ne semblent pas être tous exacts. Il m'a donc été impossible d'établir avec certitude si le dernier qu'elle se rappelle est visuel ou auditif, lié à un état émotif ou autre, attendu surtout qu'il n'y a pas eu de scission nette dans la mémoire de Mme B...

L'exploration du champ de la mémoire postérieure à l'accident est vite faite, car elle est à peu près négative. On ne trouve que quelques rares et vagues réminiscences. Tantôt Mme B... dit qu'après l'incendie elle est restée chez ses parents, tantôt qu'elle vécut seule et travailla pour des maisons de lingerie.

La vérité est qu'elle est incapable de se rappeler avec une certaine lucidité quoi que ce soit de ce qui lui est arrivé dans ces dernières années. Elle a oublié qu'elle a été concierge quelque temps et elle proteste énergiquement quand je le lui apprends; elle a oublié qu'elle a été à l'hôpital de Rouen et montre la même ardeur à nier cet épisode de sa vie. De sa séquestration elle dit se rappeler qu'une personne de sa connaissance, un nommé D..., qu'elle traite d'escroc, lui aurait proposé de faire une promenade en voiture et l'aurait ainsi emmenée à Saint-Yon; mais elle ne peut fournir aucun autre renseignement plus circonstancié. Elle se souvient être allée, il y a quatre ou cinq mois (or il y en a trente qu'elle est à l'asile) chez son frère, à Paris, rue de la Chapelle. Elle dit aussi se souvenir d'une certaine fête du 14 juillet, à laquelle elle aurait pris part; mais elle n'est pas sûre que ce soit un 14 juillet antérieur ou postérieur à l'incendie. De même elle prétend un jour que son père et sa mère sont morts l'un avant et l'autre après l'accident; et d'autres fois elle établit une chronologie différente. Cependant elle affirme se rappeler certains détails, par exemple les adieux de sa mère et que son père toussait avant de mourir; elle se souviendrait très nettement de leurs figures sur leurs lits de mort.

Pour ce qui est des événements les plus récents, elle ne peut me dire depuis combien de temps elle est à l'asile, le nom de son quartier, ceux des médecins qu'elle voit tous les matins. Cependant elle se rappelle que je l'ai examinée plusieurs fois. Quelques im-

pressions, bien que très peu nombreuses, restent dans certaines conditions dans sa mémoire ; je reviendrai d'ailleurs là-dessus. Mais, en résumé, les souvenirs de la période qui a suivi l'accident sont à peu près nuls; il y a dans sa mémoire une lacune énorme qui s'agrandit tous les jours. On va voir que la lacune qui précède l'accident n'est pas moins considérable.

D'abord elle ne se rappelle aucun fait qui a précédé immédiatement l'incendie. Les souvenirs de la période antérieure à l'émotion du feu sont plus nombreux et disséminés. Interrogée sur son âge, elle répond tantôt qu'elle a trente-huit ans, et tantôt cinquante-trois ans (elle en a cinquante-sept), et qu'elle est née en 1830, alors qu'elle est venue au monde en 1837, dans le département de la Somme et quelquefois à Rouen. On a lu plus haut qu'elle ne sait pas exactement quand son père et sa mère sont morts. Parfois elle dit que ses parents étaient cabaretiers, parfois qu'ils vendaient de la toile à sac, et d'autres fo is encore qu'ils étaient cultivateurs Où étaient leurs propriétés ? Rue R..., 9, répond-elle. Cette adresse est donnée par elle chaque fois qu'on lui en demande une, celle de ses amies, de l'église dans laquelle elle a fait sa première communion, ou de l'école qu'elle a fréquentée étant enfant. On se rappelle que cette rue et ce numéro sont ceux de la maison qu'elle habitait lors de l'incendie.

Elle affirme un jour qu'ils étaient neuf enfants, et une autre fois sept seulement. Elle est cependant d'accord avec elle-même sur son frère aîné, qui habiterait Paris, et sur un autre frère qui aurait disparu en 1870. Encore paraît-elle dédoubler quelquefois ce frère en un que l'on n'aurait plus retrouvé après la guerre et en un autre qui aurait été tué durant ces événements. Il semble aussi qu'il est vrai qu'elle a eu quatre sœurs. Mais que sont-elles devenues? Vivent-elles encore? Elle ne peut le dire.

Elle prétend se souvenir qu'elle a fait sa première communion ; mais où? quand? Elle l'ignore. Quels parents, quels amis, étaient à la fête, qu'elle prétend avoir eu lieu? Elle ne sait pas. Parmi ses amis, elle cite deux ou trois noms, avec leurs professions, mais ne connaît plus leurs adresses. Voilà en somme tout ou à peu près tout ce qu'elle se rappelle des événements de sa vie antérieure à l'accident. Mais il lui reste d'autres souvenirs. D'abord la plus grande partie de ce qu'on est convenu d'appeler la mémoire organique n'est pas abolie, puisque la malade peut marcher, manger, balayer, se coucher, enfin se livrer aux mille actes de la vie automatique. Des acquisitions relativement au langage, à la parole, à l'écriture, et à quelques connaissances apprises à l'école, sont demeurées dans son esprit à l'état de souvenirs, parce que, d'un usage plus fréquent, ils se sont plus profondément fixés dans sa mémoire. Etudier ce reliquat c'est circonscrire exactement l'étendue de l'amnésie.

La malade peut me citer sans erreur toutes les lettres de l'alphabet ; de même elle les reconnaît facilement quand elles les voit écrites. Mais il lui est plus difficile de les écrire elle-même dans l'ordre alphabétique, exercice auquel elle n'est pas habituée. Ainsi hésite-t-elle pour *f*, *h*, *i*, *j*, *k*, *l*, *p*, *y* et *z*, qu'elle ne peut arriver à former. Or si je lui dicte des mots qui contiennent une de ces lettres, comme : gira*f*e, *j*ardin, *l*endemain, au*j*our-d'*h*ui, ect..., elle les écrit sans tâtonner. Lorsque les lettres en question commencent un mot, elle hésite davantage, comme dans *h*onneur. Tous ces faits s'expliquent facilement d'eux-mêmes : dans l'amnésie, ce sont les souvenirs les moins stables, ceux qui représentent des faits moins usuels qui tendent surtout à disparaître.

Mme B... lit assez couramment, bien mieux qu'elle n'écrit.

Je lui dicte divers mots et phrases, par exemple ceci : « *Je suis à l'asile, il fait beau aujourd'hui, nous sommes allés nous promener hier, j'irai demain à la campagne.* » Son écriture est hésitante ; on sent qu'elle n'a jamais été beaucoup exercée. Cependant malgré une instruction rudimentaire, beaucoup de mots sont correctement écrits et quelques règles de grammaire sont appliquées, mais on constate que des mots et des lettres sont oubliés ; ainsi elle écrira *jdin* pour *jardin*, *nous aller* pour *nous sommes allés*. J'essaye de déterminer à quel genre de type verbal ma malade peut appartenir. Il est probable que les images auditives doivent, étant donné son peu d'instruction, avoir chez elle un rôle important. Cependant les images visuelles semblent tenir une place considérable dans sa mémoire des signes du langage. Cela cadre d'ailleurs avec ce fait que ma malade se rappelle surtout des souvenirs visuels. Lorsque je lui fais écrire les yeux fermés, des lettres ou des mots, elle éprouve une difficulté extrême et n'arrive le plus souvent qu'à tracer des caractères informes ou incomplets; en outre elle est rarement capable de me dire la lettre qu'elle est en train de tracer au moment où je l'arrête. On conçoit d'ailleurs que, vu la faiblesse de toutes ces images et surtout des graphiques, si peu répétées jadis, elle soit très embarrassée pour exécuter cet exercice. D'une façon générale les mots évoquent les objets et rarement leurs images verbales.

Je l'interroge sur le calcul et lui pose diverses questions qu'elle résout ainsi :

5×5 ?.....	3×5 ? = 25... 15
3×3 ? = 9	5×5 ? = 25... »
2×8 ? = 32	$4 + 7$? = ... »
2×10 ? = 20	$5 + 2$? = ... »
	$5 + 9$? = 15... »
	$4 + 3$ = ... »

Il est à noter qu'elle répond mieux aux interrogations sur la

table de Pythagore que sur les additions; c'est que la première est généralement apprise par cœur et que sa récitation devient en quelque sorte automatique.

Après le langage et le calcul, les autres connaissances sont encore moins solides, parce qu'elles servent moins. Ma malade sait très peu de choses en histoire. La mort de Napoléon Ier évoque en elle l'idée du premier empire, Louis XIV celle d'un roi de France; comme je lui demande ce qu'était Colbert, elle me répond que c'est un personnage de l'histoire de France. En revanche elle ne peut me dire qui est président de la République aujourd'hui et ce qu'était Mac-Mahon. Elle est de même incapable de me citer le nom du dernier maire de Rouen qu'elle a connu. C'est d'ailleurs un fait que je constate souvent dans des états de confusion mentale, où il existe une certaine forme d'amnésie. Les malades me citent parfois les rois de la première dynastie et ne savent pas ce qu'était Gambetta, Thiers ou Ferry. C'est que les faits d'histoire appris à l'école par cœur et dans l'enfance se fixent solidement dans nos cellules. Ainsi ma malade, qui ne peut me dire pour quelles maisons elle travaillait à Rouen, sait que Bordeaux est une grande ville du sud et un port de commerce, que l'Italie est un *beau pays*, dont la capitale est Rome, que l'Afrique est une contrée *très lointaine* où se trouve l'Algérie.

La musique a laissé chez elle des impressions plus fortes. Elle l'aimait beaucoup d'ailleurs et elle se rappelle que quand elle était jeune elle fréquentait le théâtre des Arts et chantait des airs d'opéra.

Je l'interroge là-dessus. Je lui fredonne des airs des *Huguenots*, du *Prophète* et de *Mignon*; elle en reconnaît plusieurs. Elle me chante, sur ma prière, les premières notes de *Dieu que ma voix implore* (du *Trouvère*), de *Ange si pur que dans un songe* et de *Léonor, mon amour brave* (de *la Favorite*), de *Toi que l'oiseau ne suivrait pas* (de *Guillaume Tell*), et de *L'amour est enfant de Bohême* (de *Carmen*).

J'ai dit plus haut que la mémoire organique était en partie conservée. Ainsi elle marche, elle mange en se servant avec une certaine adresse des ustensiles de table, elle coud, bien que des choses faciles, de gros ourlets pour les draps. Je la fais danser et elle se rappelle certains pas qu'elle exécute.

En résumé, si elle n'a presque aucun souvenir de son existence concernant les événements qui lui sont arrivés, les gens qu'elle a connus et les lieux qu'elle a habités, elle possède encore dans sa mémoire une foule de faits, notamment touchant le langage et les gestes de la vie automatique, qui lui suffisent pour jouer encore son rôle dans l'existence. Elle cause, elle comprend ce qu'on lui dit, elle discute, elle a des émotions, elle fait quelques petits travaux, elle vit enfin d'une vie psychique qui, bien qu'étroite, a encore

un certain horizon. Et c'est en cela qu'elle est curieuse à étudier et qu'elle se différencie d'une démente, malgré les lacunes énormes de sa mémoire et malgré surtout son incapacité radicale, absolue de fixer de nouveaux souvenirs. Car c'est là un des points intéressants à étudier de cette amnésie.

Mme B... est incapable d'une attention quelque peu prolongée Elle est tout de suite distraite, et, si on la maintient de force sur un sujet, elle accuse un mal de tête très pénible. Elle ne peut retenir qu'avec la plus grande difficulté une sensation nouvelle.

On a vu qu'elle ne sait pas le nom des médecins, ni celui de son quartier; si on lui donne un ordre, il faut le lui diviser dans toutes ses parties, sans quoi elle ne l'exécutera qu'à demi. Si on lui dit de laver les verres, elle le fera, mais ne les essuiera que si on lui met la serviette entre les mains.

Pour lui faire approprier une petite salle, il faut lui indiquer, détail par détail, toute sa besogne, balayer le parquet, ranger les chaises, essuyer une table. Lorsqu'on l'envoie en course dans un quartier voisin, elle se perd souvent en route; le soir il lui est arrivé de ne pas reconnaître son lit. Le matin elle ne pense jamais à vider son vase, si on ne le lui dit pas.

J'ai essayé de déterminer la persistance des diverses images sensorielles. Je lui montre divers objets, un crayon, un livre, et des laines de toutes les couleurs. Cinq minutes environ après, je lui demande ce que je lui ai fait voir, elle ne se rappelle pas; cependant quand je lui remontre les objets, elle semble les reconnaître, et, parmi les laines par exemple, me cite les vertes et les brunes.

J'expérimente alors l'état de la mémoire verbale. Je lui cite des mots familiers tels que *maison*, *jour*, *table*; après lui avoir parlé d'autre chose pour détourner quelque peu son attention, et une minute seulement après, je l'interroge. Elle se rappelle le mot *maison*, mais a oublié les autres, qu'elle ne reconnaît pas, même quand je les lui répète. Je lui dicte d'autres mots, tels que *chaise*, *jardin*, *plante*; une minute après, elle ne se souvient de rien. Je lui mets la plume entre les mains et la prie de les écrire; mais elle ne peut pas. Elle lit des mots que j'écris pour elle; et deux minutes après elle ne se les rappelle pas et ne les reconnaît pas.

On voit donc que les trois groupes de sensations verbales, auditives, visuelles et graphiques laissent des souvenirs à peu près nuls. Je n'ai pu expérimenter sur les sensations verbales motrices d'articulation.

Les sensations tactiles sont aussi impuissantes à réveiller des souvenirs exacts; mais cependant elle se les rappelle quelquefois vaguement. Ainsi je lui pique le front et la main gauche en attirant son attention là-dessus. Dix minutes après, interrogée, elle répond qu'elle a été piquée, mais elle a oublié la piqûre du front et croit que l'autre a porté sur la main droite. Je trace sur sa peau avec une

épingle des dessins, par exemple une circonférence, une croix, une M. Elle les perçoit, les yeux fixés ailleurs, mais deux minutes s'étaient écoulés qu'elle était incapable de me dire ce que je lui avais dessiné sur la peau. Il en est de même pour les odeurs et pour les saveurs. Toutefois, deux minutes après l'expérience elle peut me citer la quinine, mais il est probable qu'elle en a encore le goût amer dans la bouche.

Cette amnésie a des conséquences sur ses jugements. Ainsi elle ne sait jamais exactement la saison ni l'heure actuelle. Elle se fie en général sur l'état du ciel.

Le 3 février à 10 heures du matin, elle me dit que nous sommes en automne et dans l'après-midi. Comme je lui manifeste mon étonnement, et que je lui demande sur quoi elle s'est basée pour admettre ce fait, elle me répond que ce n'est pas la plus mauvaise saison, mais que ce n'est pas la plus belle, et qu'il commence à faire nuit. En effet, il ne fait ni très chaud, ni très froid, le ciel est couvert et le jour est petit. Or, comme elle ne se rappelle pas que l'hiver est passé ni qu'elle n'a pas déjeuné, elle en conclut que nous sommes en automne et l'après-midi.

De même elle ne sait pas apprécier le temps, qu'elle raccourcit généralement, ayant toujours trop peu de faits pour le remplir. Ainsi elle dit être allée chez son frère *il y a trois mois*, qu'elle ne me connaît que *depuis quatre ou cinq mois* et qu'*elle a cinquante ans*. L'incendie de la rue de la R..., serait survenu, *il y a deux ou trois ans*.

Elle manifeste quelques idées délirantes qui sont certainement aussi la conséquence de son amnésie. C'est ainsi qu'il lui arrive de dire que certains chapeaux ou manteaux qu'elle voit mettre par d'autres malades sont à elle et qu'ils lui ont été volés. Elle sait en effet qu'elle avait un petit mobilier et quelques effets; et comme elle ignore comment elle les a perdus, elle en conclut qu'on les lui a volés. Elle accuse même le sieur D... qui l'a accompagnée à Saint-Yon de s'être emparé de ses affaires.

Comme on le voit, son délire se réduit à quelques idées fausses, au nombre de deux ou trois, nullement tenaces, et qui sont des tentatives d'explication de certains faits dont elle a oublié les intermédiaires. Elle est très apathique. Elle n'a jamais manifesté d'autres conceptions délirantes, ni des idées de suicide, et elle n'a jamais été excitée durant son séjour à l'asile. Elle a d'ailleurs parfaitement conscience de sa situation mentale, et sait qu'elle a perdu la mémoire, ce qui la chagrine beaucoup. Sa susceptibilité sur ce point est même très grande. Ainsi lorsqu'elle a mal fait une chose, on ne le lui dit pas, car autrement elle bouderait de longues heures. C'est pour cela, à cause de mes questions qui mettent en lumière sa faiblesse de mémoire dont elle souffre, qu'elle se soumet difficilement à mes examens et qu'elle se les rappelle, non

pas dans les détails, mais dans l'état émotif désagréable qui les accompagne et les suit. C'est ainsi que j'ai pu expliquer comment durant les deux mois qui suivirent mon premier examen, au cours duquel je lui avais soulevé la robe pour explorer ses réflexes du genou, elle refusa de revenir causer avec moi, parlant vaguement de vilaines choses que je lui avais faites. Il me paraissait extraordinaire que cette amnésique se rappelât si longtemps un détail d'examen. Or, j'ai cru me rendre compte que ce qui avait persisté chez elle c'était non pas le souvenir précis de la manœuvre qui l'avait choquée, mais bien le souvenir de l'émotion désagréable qui l'avait accompagnée.

Malgré son incapacité à fixer des souvenirs récents et une mémoire si restreinte, Mme B... n'est pas une démente. Elle paraît raisonnable et apprécie assez justement la plupart des choses qui se passent autour d'elle. La démence ne consiste donc pas simplement dans l'affaiblissement de la mémoire et demande d'autres conditions psychologiques, surtout une incapacité de comparer entre elles des sensations ou des images, d'établir des jugements. Je connais des paralytiques généraux et des séniles qui ont bien plus de souvenirs immédiats et anciens que Mme B..., et qui cependant n'ont pas sa raison. Chez eux, il y a en plus du trouble, de la confusion dans les idées. Quoi qu'il en soit, il est curieux de constater qu'avec un effondrement si complet de la mémoire et une faiblesse si grande du pouvoir de la réviviscence des images, une malade peut ne pas avoir la physionomie psychique d'une démente.

La marche de cette amnésie générale paraît progressive. Loin de tendre à s'améliorer comme il arrive souvent dans les cas de ce genre qui surviennent chez des hystériques, la perte de la mémoire semble être définitive chez Mme B... et devenir de jour en jour plus complète.

J'ai essayé divers *moyens thérapeutiques*. D'abord, j'ai voulu rechercher s'il y avait persistance des souvenirs dans une autre personnalité coexistant avec la principale. J'ai mis en pratique le procédé de l'écriture automatique, procédé qui consiste à mettre un crayon ou une plume dans la main du sujet, et, tout en le distrayant, à lui poser des questions qui s'adressent à une autre personnalité. Je n'ai pas réussi, non plus qu'avec l'hypnotisme.

J'ai eu l'idée aussi de faire à cette malade des injections de liquide orchitique; mais, à la quatrième séance, elle se refusait de recevoir de nouvelles piqûres. Durant les trois premiers jours, je n'avais d'ailleurs constaté aucune amélioration sensible.

Enfin, j'avais pensé à expérimenter le traitement qu'ont imaginé, pour un cas d'amnésie post-puerpérale, MM. Séglas et Sollier[1], et

[1] Séglas et Sollier. — *Fièvre puerpérale, amnésie, ataxie et abasie.* (*Arch. de Neurol.* 1890, n° 60, p. 386.)

qui consiste à donner, par divers procédés artificiels, une plus grande intensité aux impressions, par exemple en en associant plusieurs ensemble, et aussi à rendre leurs souvenirs plus durables par leur répétition ou en essayant de fixer l'attention tous les jours davantage. Malheureusement ma malade ne voulut pas, étant donné sa susceptibilité particulière et son indocilité pour tout ce qui est examen médical, se soumettre à ce traitement.

Je me suis assez étendu sur chacun des points intéressants de cette observation pour n'avoir pas à les discuter de nouveau. De l'étude des faits, il ressort très nettement que ma malade présente les symptômes d'une amnésie très étendue, portant sur la période de temps contemporaine de l'accident, sur celle qui l'a précédé (amnésie rétrograde) et celle qui l'a suivi (amnésie antérograde) et se manifestant aussi par une incapacité absolue de fixer de nouveaux souvenirs. Ses caractères sont de respecter la mémoire organique et certaines connaissances relatives au langage et à des faits appris durant l'enfance et très souvent répétés depuis. A part ces notions plus ou moins bien conservées, tout le reste des souvenirs acquis durant une existence assez longue a disparu, si bien que la division en amnésie rétrograde et antérograde est quelque peu artificielle; il s'agit en somme, ici, d'une amnésie portant sur toute l'existence. La malade n'a de son passé que des réminiscences, sans reconnaissance précise, sans situation dans le temps ni dans l'espace.

Les souvenirs sont-ils complètement disparus ou peuvent-ils revenir un jour, c'est-à-dire existent-ils encore à l'état latent dans une mémoire inconsciente? Cette dernière hypothèse n'est pas probable; dans aucun des états de distraction, il n'a été possible de ranimer un groupe de souvenirs effacés, et les tentatives d'hypnose ont échoué. D'autre part, le champ de l'amnésie ne varie guère dans les multiples examens auxquels j'ai soumis la malade, et l'on ne voit pas réapparaître un jour des souvenirs qui étaient inconscients à un autre moment. Les réminiscences constatées sont presque toujours les mêmes; leurs détails seuls diffèrent, mais elles portent toujours sur les mêmes faits.

Cette invariabilité du champ de l'amnésie, sa chronicité et son allure progressive diffèrent beaucoup de ce que d'autres observateurs ont remarqué dans des cas analogues où les troubles de la mémoire, ordinairement transitoires et disparaissant à de certains moments, avaient une physionomie nettement fonc-

tionnelle. Faut-il pour cela admettre que les souvenirs sont complètement perdus chez ma malade et qu'ils ne pourront jamais revenir? On ne sait pas encore assez comment les sensations s'emmagasinent à l'état de résidus dans les cellules nerveuses, quelles modifications elles y déterminent et dans quelles conditions elles peuvent disparaître et reparaître, pour affirmer une pareille proposition. D'ailleurs, certains souvenirs, notamment ceux portant sur les signes du langage ne sont qu'éclipsés, puisqu'ils réapparaissent avec un effort d'attention ou par le moyen de quelque artifice d'association; dans ces cas comme dans bien d'autres, les faits, avant de sortir de la conscience, s'effacent temporairement. Il est probable qu'entre le champ de l'amnésie et celui de la mémoire, il doit exister une zone où les images sont de moins en moins éclairées et de plus en plus irrégulièrement. Aussi doit-on seulement, sans hasarder d'affirmation aventurée, faire remarquer les différences qui semblent séparer cette vieille amnésie continue et progressive d'avec les autres décrites.

L'incapacité de fixer de nouveaux souvenirs est, chez Mme B..., assez semblable à ce qu'on observe ailleurs. L'attention est nulle et les sensations disparaissent à mesure qu'elles sont perçues. Cependant celles liées à un état émotif paraissent être susceptibles d'une plus longue durée.

Qu'y a-t-il sous cette faiblesse des cellules nerveuses à retenir les sensations qui les ont irritées? Un état d'épuisement chronique comme le pense M. Féré? Dans l'amnésie consécutive à un choc moral ou à un traumatisme physique, comme aussi dans des états de fatigue, la perception deviendrait moins intense, les excitations arriveraient à la conscience plus lentement et plus faiblement, et il en résulterait en définitive une diminution de la rétentivité de ces sensations[1]. Il y a certainement une condition particulière des cellules qui doit être une sorte d'épuisement, de fatigue chronique; mais quelles modifications anatomiques ou physiologiques suppose-t-elle? L'étude de la nutrition des malades de ce genre pourrait donner quelques renseignements sur cette question, si les recherches en cette matière étaient moins hérissées de difficultés. L'examen de l'urine de Mme B..., fait par M. Lailler, le distingué pharmacien de l'asile, a indiqué une diminution notable des phosphates terreux (0,25 centigrammes pour un litre).

[1] Féré. — Ouvr. cité, p. 325 et suiv.

Quant à la cause objective de ce trouble de la mémoire, il faut, vraisemblablement, la voir dans une émotion. Par quel mécanisme a-t-elle agi sur le cerveau en déterminant une amnésie? On ne peut que faire à ce sujet des hypothèses invérifiables. Les effets pathologiques des émotions sont, en effet, des plus nombreux et des plus divers. Faut-il dire que cette femme était prédisposée à devenir amnésique à la suite d'un choc moral? Bien qu'aucun de ses antécédents connus ne légitime entièrement cette opinion, on peut l'admettre par comparaison avec des faits analogues; la prédisposition est une des conditions métaphysiques de la maladie et on la suppose volontiers partout.

Enfin, un dernier point reste à examiner. Dans quelle classe d'amnésies faut-il ranger ce cas? Cette question n'est autre, en résumé, que celle du mécanisme psychologique de ces troubles morbides.

Il y a une tendance actuelle à faire des amnésies traumatiques et par choc moral — les unes et les autres se ressemblent — des manifestations hystériques. Il est certain que dans la plupart des observations publiées jusqu'à ce jour, cette névrose paraissait en cause, puisque les malades présentaient des stigmates plus ou moins nombreux ou plus ou moins caractéristiques de cette maladie. Mais faut-il aller plus loin et admettre avec M. Sollier, appliquant des idées générales de M. Paul Janet [1] sur l'hystérie, que certaines amnésies, et notamment les traumatiques rétro-antérogrades, sont ressortissables à cette névrose, même en dehors de tout antécédent névropathique, c'est-à-dire ont un processus pathogénique particulier qui suffit à les grouper. Certes il n'y a pas grand inconvénient à ce qu'on admette une classe d'amnésies caractérisées par leur mode de formation, dont le type se rencontrerait chez les hystériques. Les caractéristiques de leur pathogénie psychologique seraient le défaut de synthèse et la tendance au dédoublement de la personnalité. En d'autres termes, les éléments de la mémoire existeraient puisqu'on pourrait, par l'hypnotisme par exemple ou par la simple distraction, déterminer la constitution d'une nouvelle personnalité, c'est-à-dire d'un nouveau groupement de faits de conscience, où les souvenirs effacés réapparaîtraient. Ce mécanisme paraît exister

[1] Paul Janet. — Voir *Etat mental des hystériques*, 2 vol. *in* Collection Charcot-Debove.

dans bien des cas; mais le rencontre-t-on toujours dans l'amnésie traumatique et rétro-antérograde? Pour l'affirmer dans chaque observation, il est nécessaire de montrer par des artifices quelconques que les souvenirs effacés ne le sont que provisoirement et font partie d'un autre *Moi*, or la chose n'est pas toujours commode à établir.

Dans le cas dont je viens de faire la relation, je crois qu'il est difficile d'accepter cette pathogénie. Car rien n'autorise à admettre chez Mme B... un dédoublement de la personnalité, c'est-à-dire de la mémoire, qui permettrait aux souvenirs échappant actuellement à la synthèse du *Moi* principal, de revenir dans un autre groupement psychique. L'ancienneté de l'amnésie, qui date de plusieurs années, sa marche progressive et l'âge avancé de la malade font craindre au contraire que ces souvenirs ne réapparaîtront plus. Il ne peut donc être question ici d'amnésie par mode dit hystérique; je ne pense pas non plus qu'on soit autorisé à voir chez cette malade une hystérique au sens pathologique du mot, puisqu'elle ne présente aucun des stigmates de la névrose.

Force est donc de ranger ce cas en dehors de cette maladie, en attendant que des études plus complètes sur les amnésies aient permis d'établir un groupement plus vaste qui puisse le contenir.

ASILES D'ALIÉNÉS.

NOTICE SUR L'ASILE DÉPARTEMENTAL D'ALIÉNÉS DE BONNEVAL (EURE-ET-LOIR);

Par le Dr CAMUSET.

I. — Le département d'Eure-et-Loir, qui jusqu'alors avait envoyé ses aliénés au quartier spécial de l'hospice d'Orléans, résolut en 1861, de les hospitaliser à l'avenir dans un asile lui appartenant. Déjà, en 1842, peu après la promulgation de la loi sur les aliénés, le projet de créer un asile départemental avait été discuté au Conseil général, mais il fut rejeté pour cette raison bizarre, devant laquelle s'inclinèrent tous les membres du Conseil, qu'il n'était pas conve-

nable de laisser les aliénés près de leurs familles, et que le mieux était de les envoyer au loin.

En 1861 donc, on résolut d'installer un asile départemental d'aliénés, et en janvier 1862, cet établissement fonctionnait. Cette rapidité d'exécution paraît absolument anormale, mais elle s'explique naturellement par ce fait qu'on ne construisit rien du tout, et qu'on se contenta d'approprier à sa destination nouvelle, une vieille abbaye de moines Bénédictins, située à Bonneval, et qui servait depuis douze ans de Colonie agricole pour les enfants trouvés et pour les jeunes orphelins pauvres.

Ainsi, la vieille abbaye de Bonneval, qui abrita des moines pendant près de mille ans; car elle fut fondée, paraît-il, vers l'an 800, finit par donner asile à des enfants trouvés et ensuite à des aliénés. Elle eut son temps de splendeur au moyen âge, cette abbaye, alors que ses abbés étaient de très grands seigneurs, et qu'elle possédait tout le pays d'alentour. Elle eut aussi des calamités à supporter. Les Normands et plus tard les Anglais pendant la guerre de Cent Ans, la saccagèrent à plusieurs reprises, ils la brûlèrent même trois fois, dit-on. Mais après chaque désastre, les moines se mettaient à l'œuvre, les paysans corvéables aussi, sans doute, et bientôt les murailles étaient reconsolidées, le palais de l'abbé était réparé, et les cloîtres étaient reconstruits.

En outre des transformations qu'elle subit par suite des malheurs des temps, l'abbaye fut plusieurs fois presque complètement rebâtie. Mais jamais on ne fit réellement table rase au préalable, et à chaque transformation nouvelle, il subsistait plus ou moins des constructions anciennes. En sorte que, lorsqu'à la Révolution, elle fut vendue comme bien national, elle constituait un assemblage des styles les plus divers, roman, gothique, renaissance, etc.[1]. Elle était bien déchue alors de son antique splendeur, elle ne comptait plus qu'une douzaine de moines, et elle n'avait plus que quelques fermes, dans un pays qui lui avait appartenu presque entièrement avant Rabelais. Mais la chose importe peu au point de la destination qu'elle allait avoir. Elle constituait encore une magnifique propriété aux portes d'une petite ville et dans un des plus

[1] Le Dr Bigot, un des anciens médecins-directeurs de l'Asile, a occupé ses loisirs à mettre en ordre et à publier trois vieux manuscrits, de dates différentes, traitant tous trois de l'histoire de l'abbaye de Bonneval. Il a fait précéder cette publication d'une très longue préface contenant des commentaires sur les manuscrits et aussi des appréciations personnelles sur le rôle civilisateur des moines d'Occident pendant le moyen âge, lesquelles se confondent avec les appréciations bien connues de Montalembert sur le même sujet. Les amateurs d'histoires locales trouveront l'œuvre du Dr Bigot dans un volume imprimé à Châteaudun, en 1876, chez H. Lecesne, imprimeur, et dont le titre est : *Histoire abrégée de l'Abbaye de Saint-Florentin de Bonneval.*

charmants endroits de la vallée du Loir. Les moines, jadis, avaient bien choisi leur place, pour y bâtir leur demeure.

L'abbaye et les terrains qui l'entourent, complètement séparés de la ville et des cultures voisines, par un mur d'enceinte continu, furent donc vendus pendant la Révolution, et un industriel y installa une filature, je crois. Cette propriété passa ensuite en plusieurs mains, et en peu de temps, et elle finit par appartenir au marquis d'Aligre qui, en mourant, en fit don au département d'Eure-et-Loir. La condition de la donation était que le département donnerait à la propriété une « destination charitable », et qu'elle servirait d'asile à des vieillards, à des orphelins ou à des aliénés. Comme je l'ai dit, on y installa d'abord une colonie agricole d'enfants trouvés, et en 1862, celle-ci fut transformée en asile départemental d'aliénés.

Le nouvel asile ne contenait, au début, que 145 malades. Il avait bien été aménagé dans la prévision d'une augmentation de sa population, mais on n'avait pas pensé que cette augmentation put jamais devenir très considérable. Aujourd'hui cependant, l'asile compte 525 malades; il a donc fallu nécessairement agrandir les bâtiments anciens et construire même à nouveau.

Mais je suis heureux de le constater ici, agrandissement des locaux anciens, installation de quartiers nouveaux, édification des services divers, tout a été conçu et exécuté de façon à ne rien enlever de son cachet artistique, à la vieille propriété des moines.

Quand il est devenu nécessaire de refaire une aile délabrée des anciens cloîtres, par exemple, on a reconstruit dans un style approprié à celui des bâtiments. Quand il a fallu faire disparaître une autre portion de ces mêmes cloîtres, on a conservé, encastrées dans les murs nouveaux, toutes les pièces anciennes intéressantes des murailles détruites. C'est ainsi que se trouvent conservées certaines fenêtres à plein cintre et à colonnettes à chapiteaux gothiques, devant lesquelles se délectent les archéologues qui voient là un spécimen très rare, disent-ils, d'un moment de transition. Les profanes, dont je suis, sentent seulement que tout est harmonieux et leur vue n'est blessée par aucun anachronisme grossier. Et c'est déjà beaucoup, quand on compare à ce qui se rencontre ailleurs. Ainsi, je me souviens avoir vu, à Saint-Michel-en-Mer, la splendide église gothique, édifiée au sommet du rocher, ornée d'un triomphant portail relativement moderne et de pur style Louis XIV. Tout profane qu'on soit, si l'on n'est pas le dernier des philistins, on en veut au barbare qui fut l'auteur de cet assemblage grotesque. Or, rien de pareil à Bonneval. Il faut, du reste, dire que les restaurations importantes y ont été dirigées par les Beaux-Arts.

On a su également, quand il s'est agi d'élever des quartiers neufs ou de bâtir des locaux pour les services généraux, choisir des emplacements tels que les grands murs blancs modernes, et les toi-

tures régulières en tuiles rouges ne font aucun tort aux anciens édifices qui, eux, ont reçu la patine du temps ; et que les vieilles et vastes cours restent toujours aussi boisées, aussi fleuries et aussi riantes. Cela, on ne le doit plus à l'administration des Beaux-Arts, mais on le doit simplement au bon goût des différents médecins directeurs de l'asile, mes prédécesseurs, et à celui de la commission de surveillance.

On comprend maintenant pourquoi l'asile de Bonneval, par son aspect général, se trouve être sans contredit le plus riant et le plus pittoresque des asiles de France. Mais est-ce que son intérieur répond à son extérieur et n'a-t-on pas parfois sacrifié l'utile à l'agréable ?

A ces questions, je répondrai en toute sincérité : on a conservé à l'établissement son cachet spécial, parce que la chose était facile et peu onéreuse, mais on n'a jamais rien sacrifié aux considérations d'ordre artistique très secondaire dans l'espèce. Dans tout ce qui a été fait à l'asile depuis sa création, on a eu en vue exclusivement l'aliéné, son hygiène, son bien-être et son traitement. Cependant, il faut le reconnaître, si l'établissement remplit entièrement les principales des conditions qu'on exige à notre époque, d'un établissement destiné au traitement de l'aliénation mentale, il lui manque encore bien des choses pour être un asile modèle. Il est probable qu'avec le temps on le perfectionnera encore, mais quoi qu'on fasse, on ne parviendra pas à faire disparaître tous les desiderata dont certains subsisteront toujours. En effet, avec de vieux bâtiments, on ne pourra jamais faire un asile irréprochable. Un asile doit être conçu et construit en vue de sa destination spéciale. A Bonneval surtout, comment modifier à son gré les anciens logements des moines, agrandir des salles, en installer d'autres, alors que certains murs d'intérieur ont plus de 2 mètres d'épaisseur ? On est trop souvent réduit à faire ce qu'il est possible de faire et non ce qu'il eût fallu faire[1]. Du reste, je vais donner le plus clairement qu'il me sera possible, la description de l'établissement dans son entier, asile, pensionnat, ferme, dépendances, etc., et je noterai ensuite les points qui sont défectueux.

II. — L'asile de Bonneval est situé à l'extrémité de la petite ville de 3,000 habitants dont il a emprunté le nom, assez loin du chef-lieu du département, Chartres, mais à 26 lieues seulement de Paris.

[1] Il s'agissait, il y a quelques mois, de réunir en une seule salle deux petites salles voisines situées au rez-de-chaussée de l'Asile. Le sondage fit connaître l'épaisseur exacte du mur de séparation, qui était de 2 m. 80. Comment se décider à enlever une telle masse de maçonnerie au rez-de-chaussée d'un bâtiment lourd et élevé ? C'eût été compromettre peut-être la solidité de tout l'édifice. On se contenta de percer une porte de communication, laquelle, dans le fait, constitue une sorte de petite voûte.

Il a 42 hectares de superficie, parc et terrains de culture compris, et cette propriété de 42 hectares est complètement isolée de la ville et de la campagne par un mur de clôture continu et interrompu seulement pour le passage du Loir. Le Loir, en effet, traverse l'asile ; il forme deux bras à son entrée dans l'enceinte, mais ces deux bras ne tardent pas à se réunir, dessinant ainsi une presqu'île et la rivière, réduite alors à un unique cours d'eau parcourt en serpentant la propriété dans sa plus grande longueur, et du nord au sud.

L'asile est donc divisé en deux parties par le Loir, la partie située sur la rive gauche et qui comprend la presqu'île précitée, elle forme un coteau boisé ; et la partie située sur la rive droite qui est tout à fait plate. C'est sur la partie gauche et dans la presqu'île, que sont installés tous les bâtiments, quartiers des malades, services généraux, pensionnat, etc. La partie droite est occupée exclusivement par la ferme et les cultures, Il faut noter, comme point de repère, que la ville et la porte d'entrée de l'asile sont en amont de la rivière. Ces détails préliminaires sont nécessaires pour aider à comprendre la disposition sans symétrie aucune et tout à fait irrégulière de l'établissement,

A l'entrée, on trouve l'*Abbatiale*, c'est ce qui reste de l'ancien palais des abbés, dont une grande partie a disparu. L'*Abbatiale* a été complètement restaurée par les Beaux-Arts, il y a douze ans, dans son style primitif des premiers temps de la Renaissance. Classée comme monument historique, elle a de remarquable ses trois tours et surtout son portail gothique, bien plus ancien que le reste de l'édifice. Elle est utilisée pour loger les bureaux de l'administration et le médecin directeur.

Le portail franchi, on arrive dans la *cour d'honneur*, qui est plutôt un grand jardin anglais avec des massifs d'arbres, des pelouses et des corbeilles de fleurs. On a devant soi les *cloîtres* qui constituent l'asile proprement dit, tous les quartiers de malades, sauf les quartiers d'agités, y sont installés. A droite est le Loir, traversé par un pont en pierre qui mène à la ferme. Sur la rivière se trouve une machine hydraulique qui envoie de l'eau dans toutes les parties de l'établissement ; sur ses bords, un atelier de serrurerie et une petite maison où est logé l'interne.

A gauche de la cour d'honneur, sont divers ateliers et la boulangerie. Ces bâtiments sont disposés sans ordre, au milieu de massifs et de jardins potagers. Derrière eux enfin et appuyés au mur d'enceinte, se trouvent les quartiers des agités, hommes et femmes, qui sont ainsi assez éloignés des autres quartiers de tranquilles.

Si maintenant on laisse la cour d'honneur pour passer derrière l'asile (les cloîtres), on arrive à la jonction des deux bras du Loir, et le terrain triangulaire existant entre l'asile d'une part et les deux bras de la rivière, d'autre part, est occupé par la cuisine,

l'hydrothépapie et la buanderie. Ces différents services ne datent que de quinze ans. Il y a aussi en cet endroit et tout à fait au bord de l'eau, un amphithéâtre grand, clair, bien disposé et également de date récente.

Tous les bâtiments que je viens d'énumérer sont, on le voit, dis-

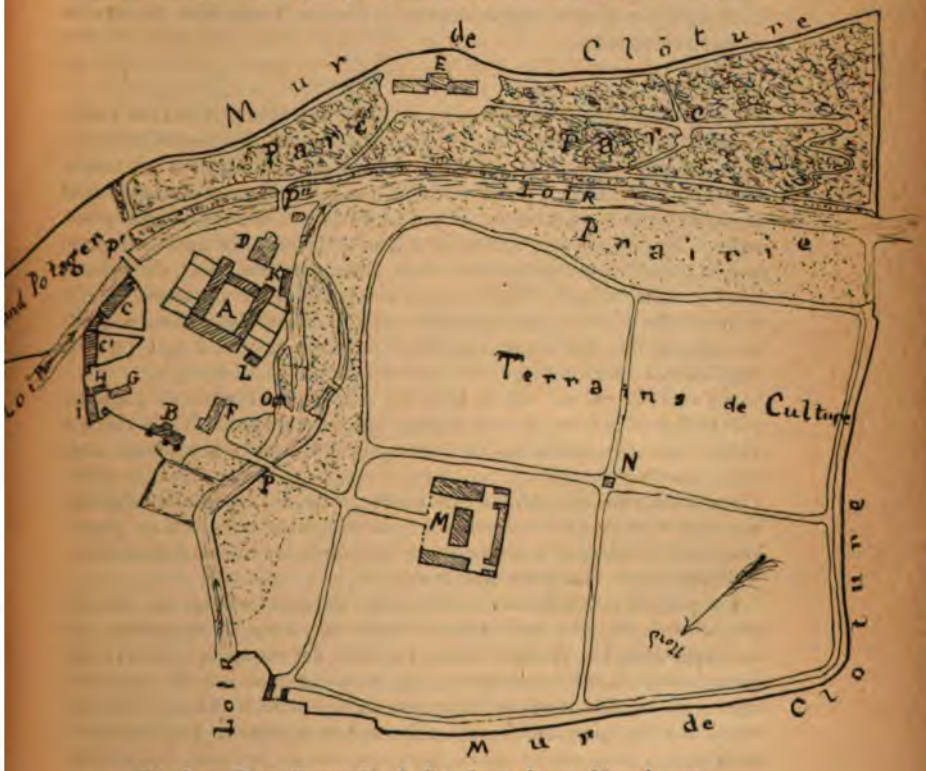


Fig. 9. — Plan d'ensemble de l'Asile et de ses dépendances.

A, Asile (ancien cloître); — B, Abbatiale (Bureaux et logement du médecin directeur; — C, C', Quartiers d'agités des hommes et des femmes; — D, Cuisine et hydrothérapie; — E, Pensionnat; — F, Atelier de serrurerie; — G, Ateliers de menuiserie et de cordonnerie; — H, Atelier de peinture; — I, Boulangerie; — K, Buanderie; — L, Maison, logement de l'interne; — M, Ferme; — N, Abattoir; — O, Machine hydraulique; — P, P', P'', Trois ponts allant, l'un à la ferme, l'autre au potager et le troisième au pensionnat.

posés un peu pêle-mêle dans une sorte de presqu'île. Le pensionnat, lui, est situé à 250 mètres environ de l'asile, en haut de la colline déjà signalée sur la rive gauche du Loir, et au milieu d'un parc ou plutôt d'un petit bois de 7 hectares. Il faut, pour y arriver,

passer sur un pont en fer situé derrière l'hydrothérapie et qui traverse un des bras de la rivière ; on grimpe ensuite un chemin beaucoup trop raide qui, à travers le parc, conduit au pensionnat.

Après ce coup d'œil d'ensemble jeté sur tout l'établissement, il faut examiner avec quelques détails, les quartiers de malades et les principaux services.

Asile proprement dit. — Les anciens cloîtres, on l'a vu, ont été aménagés pour recevoir des aliénés. Ces cloîtres sont un très vaste bâtiment à deux étages très élevés, de la forme d'un quadrilatère régulier, avec une cour centrale, laquelle est entourée d'un large promenoir, sorte de galerie couverte et soutenue par de massives colonnes carrées en pierre. Ce grand bâtiment est, en somme, un assemblage de quatre corps de bâtiments semblables, parallèles deux à deux et circonscrivant une cour centrale. On a divisé ce grand bâtiment par une ligne médiane, en deux parties égales ; toute la partie droite est occupée par la division des femmes et toute la partie gauche par celle des hommes. Cependant, le corps de bâtiment antérieur qui donne sur la cour d'honneur, très irrégulier et bien moins élevé que les autres, ne renferme pas de quartier de malades ; on l'a utilisé en y installant la lingerie, la pharmacie, les parloirs, le logement du receveur-économe et celui des sœurs.

En conséquence de cette distribution, les deux divisions, celle des hommes et celle des femmes, sont exactement semblables au point de vue du nombre, des dimensions et de l'arrangement des locaux. Chacune d'elles renferme quatre quartiers : quartiers de tranquilles, d'épileptiques, de gâteux et infirmerie. Chaque quartier comprend une salle de réunion au rez-de-chaussée et un ou plusieurs dortoirs au premier et au second étage. La salle de réunion, qui sert en même temps de salle à manger, donne d'une part sur une cour ou préau spécial, chaque quartier a le sien, et d'autre part sur la galerie couverte que nous avons vue régner tout autour de la cour intérieure.

Le cubage d'air moyen de tous ces locaux est plus que suffisant, par rapport au nombre total des malades. Mais si l'on considère chaque local en particulier, on constate que, pour quelques-uns d'entre eux, le cubage d'air est trop faible, relativement au nombre des malades qui les habitent. Il semblerait très facile d'obvier à cet inconvénient puisque le cubage moyen est plus que suffisant, et cependant la chose est irréalisable, pour les raisons sur lesquelles j'ai insisté plus haut. On ne peut enlever des murs de séparation qui ont 2 et 3 mètres d'épaisseur. Mais si j'insiste sur ces défectuosités en réalité légères, c'est que je tiens à être scrupuleusement exact, et comme j'ai aussi la prétention d'être impartial,

j'ajouterai que ces susdites défectuosités ne peuvent pas avoir de conséquences fâcheuses au point de vue de l'hygiène des malades. Si deux salles de jour sont un peu trop petites, il faut remarquer qu'elles ne renferment leur population d'aliénés au complet que quelques heures seulement dans la journée, une grande partie des malades allant travailler à la ferme ou aux ateliers. Si deux ou trois dortoirs sont trop petits aussi, en revanche ils sont très largement aérés parce qu'ils possèdent plusieurs grandes fenêtres disposées en face les unes des autres.

En vérité, il n'existe que trois défectuosités graves dans la disposition de nos quartiers d'aliénés, et c'est déjà beaucoup, car, malheureusement, il n'est pas possible de remédier à une seule d'entre elles :

1° Aucun quartier ne possède de salle à manger particulière, les malades doivent prendre leur repas dans la salle de réunion, ce qui n'a pas grand inconvénient dans le quartier des tranquilles, mais ce qui est très regrettable dans le quartier des gâteux.

2° Les infirmeries ordinaires sont au second étage et il faut franchir un nombre considérable de marches pour y arriver. Elles sont par suite dénuées de préau. Inutile d'insister sur les inconvénients qui en résultent.

3° Il n'y a pas de quartier particulier pour les jeunes idiots. Ceux-ci sont soignés avec les adultes. Je suis amené ici à faire une courte digression, et à exposer quelques considérations personnelles sur l'hospitalisation des jeunes imbéciles et idiots en province [1].

A Bonneval, nous n'avons qu'un nombre très restreint d'enfants idiots. En général, dans nos contrées, et il en est sans doute de même dans toutes les contrées agricoles, on n'hospitalise les idiots que lorsqu'ils ont donné des preuves tangibles de leur nuisance, en incendiant, en tuant ou en violant; jusqu'à ce moment, on les laisse errer librement dans la campagne. Mais, eussions-nous un nombre important de ces jeunes malades, tout ce qu'on pourrait faire pour eux, si la disposition des locaux le permettait, ce qui n'est pas, ce serait de les réunir tous dans un quartier spécial. Il est certain que ce serait déjà quelque chose, mais ce serait encore bien peu en comparaison de tout ce qu'on devrait faire.

Beaucoup de ces enfants sont susceptibles d'un certain degré d'instruction et d'éducation. Mais pour arriver à ce résultat, il faut une installation spéciale, des pédagogues spéciaux, des ateliers, des gymnases spéciaux. Tout cela a été réalisé à Bicêtre par M. Bourneville, mais au prix de grands sacrifices que notre Maître a su

[1] A noter encore une défectuosité importante mais non irrémédiable; l'Asile ne possède pas de pavillons d'isolement pour les aliénés atteints de maladies contagieuses.

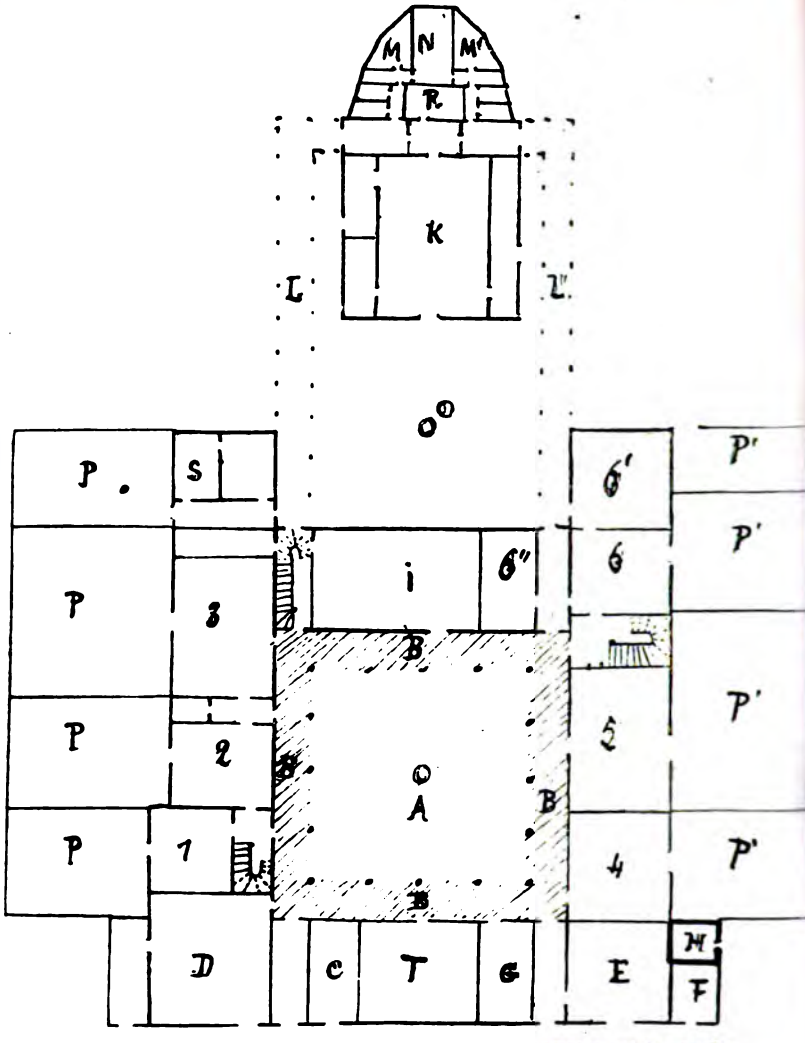


Fig. 10. — *Plan de l'Asile. — La division des hommes est à gauche, celle des femmes à droite.*

1, Quartier des faibles hommes; — 2, Quartier des épileptiques, hommes; — 3, Quartier des tranquilles, hommes; — 4, Quartier des épileptiques, femmes; — 5, Quartier des tranquilles, femmes; — 6, 6', 6'', Quartier et dortoir des faibles, femmes; — A, Cour carrée intérieure avec un faîte au centre; — B, B, B, Galerie couverte qui circonscrit les cours (cloîtres); — C et F, Quartier des hommes et dortoir des femmes; — D, Logement des sœurs: — E, Logement du receveur-économe; — G, Pharmacie; — H, Château d'eau; — I, Chapelle; — K, Cuisine; — L L', Galeries couvertes allant à la cuisine; — M, M', Salle de bains des hommes et salle de bains des femmes; — N, Salle d'hydrothérapie; O, Puits; P P P P, P', P', P', P', Préaux devant les différents quartiers; — R, Chaudière des bains; — Lingerie.

obtenir du département de la Seine, mais que bien peu de départements consentiraient à faire, dans l'état de nos mœurs routinières.

Ce qu'un seul département ne voudrait, ne pourrait même pas faire, plusieurs départements consentiraient peut-être à l'exécuter en commun, parce que les frais deviendraient ainsi moins élevés pour chacun d'eux. Aussi, je proposerai pour les enfants imbéciles et idiots, l'établissement d'asiles régionaux qui ne seraient plus de simples *garderies*, mais qui seraient des établissements à la fois pédagogiques et médicaux, en harmonie avec l'état de la science actuelle.

Mais tant que les choses resteront ce qu'elles sont dans la plupart, sinon dans tous les asiles départementaux, il sera toujours bon de mettre les jeunes idiots dans des services à part, parce que la présence d'enfants au milieu d'aliénés adultes a les inconvénients que l'on sait, mais au point de vue purement médical, il n'importera guère, dans le fond, que ces jeunes idiots aient ou n'aient pas de quartiers spéciaux.

Quartier des agités. — On a vu qu'ils étaient assez éloignés des autres quartiers. Ils ont été complètement reconstruits, il y a quatorze ans, et dans les meilleures conditions. Ils sont adjacents l'un à l'autre, le quartier des hommes et celui des femmes n'étant séparés que par un petit chemin.

Chacun d'eux renferme un préau, une chambre de réunion, un réfectoire, trois cellules installées selon les données modernes, plusieurs chambres d'isolement et un dortoir au premier étage. En outre, chacun possède une petite salle de bains de quatre baignoires, ce qui permet de donner les bains prolongés au quartier même et non aux grands bains de l'asile.

Cette section d'agités est très bien comprise et elle ne présente pas de défectuosité, mais elle est trop petite pour la population de l'asile; elle ne comporte, en effet, que 60 places pour 525 aliénés, 30 places pour les hommes et 30 places pour les femmes. Aussi, ai-je facilement obtenu la création d'un nouveau quartier qui sera destiné aux agités hommes; les deux quartiers actuels seront réunis en un quartier unique pour les agitées femmes. D'après le projet de construction qui sera exécuté cette année, la section des agités comprendra 140 places pour les deux sexes.

Pensionnat. — Il n'a été ouvert qu'en 1889. Très éloigné de l'asile et tout à fait indépendant de lui, il a été construit dans la prévision de 80 malades des deux sexes. C'est un grand bâtiment très élevé, fort bien situé et d'où la vue est magnifique. On a peut-être trop cherché à lui donner un aspect monumental et pas assez songé à sa destination réelle, ce qui en a rendu, ce qui en rend encore parfois l'aménagement intérieur assez difficile.

Services généraux. Ateliers. Ferme. — On sait que derrière l'asile se trouvent la cuisine, l'hydrothérapie et la buanderie. Ces différents services sont très bien compris. Ils ont été établis il y a une quinzaine d'années, époque à laquelle on a complété et amélioré d'une façon générale l'établissement dans son entier.

La cuisine, très grande et très élevée, est reliée à l'asile par deux longues galeries couvertes qui vont, l'une à la division des hommes, l'autre à celle des femmes. On comprend les avantages qui résultent de cette disposition pour le service des repas.

Derrière la cuisine se trouve l'hydrothérapie. Il y a deux salles de bains, une pour chaque sexe, contenant 10 baignoires chacune. Entre les deux salles de bains, est la salle d'hydrothérapie qui sert aux hommes et aux femmes. Elle possède tous les appareils hydrothérapiques employés dans le traitement de l'aliénation mentale, on y voit même une grande piscine dont l'utilité me semble problématique.

La buanderie est installée sur le Loir même.

Les divers ateliers sont, on le sait, disposés sans symétrie autour de l'asile. Ils suffisent à occuper tous les malades capables d'un travail quelconque, et au point de vue budgétaire, ils constituent une ressource importante. En effet, on achète la matière première et on la fait ouvrer, avec l'aide et sous la surveillance des maîtres ouvriers, par les malades dans les différents ateliers de couture, de cordonnerie, de menuiserie, de serrurerie, de peinture. Des malades, guidés par un maître maçon, s'occupent des réparations et des modifications que nécessitent sans cesse des bâtiments et des murs de clôture anciens.

Mais c'est surtout à la culture que travaillent nos malades, la plupart d'entre eux sont des cultivateurs. La ferme placée sur la rive droite du Loir, au milieu des terrains de culture, est, paraît-il, convenablement agencée, au dire des cultivateurs de la contrée. Elle contient une quinzaine de vaches, une grande porcherie, une basse-cour, etc... Ce qui est certain, c'est qu'elle donne des produits importants, à défaut desquels la dépense en argent pour chaque malade se trouverait sensiblement augmentée. Les chiffres suivants indiquent la distribution des 42 hectares de terrain que possède l'asile :

Terrains de grande culture.	22	hectares	
Terrains de culture potagère	5	—	
Prés.	6	—	40 ares
Bois.	7	—	
Bâtiments et préaux	1	—	60 ares
	42	hectares	

Une remarque à propos du travail de culture dans les asiles.

Dans les asiles, la culture potagère est, sous tous les rapports, principalement sous le rapport médical, préférable à la grande culture. Pour faire cette dernière, c'est-à-dire pour labourer, semer, faucher, etc..., il faut de véritables ouvriers des champs-lesquels sont rares dans certaines contrées. En outre, il suffit de peu d'ouvriers pour cultiver un grand espace de terrain. Tout le monde, au contraire, peut s'occuper de jardinage, et il est possible de faire travailler dans des jardins, pourvu qu'ils aient une certaine étendue, un nombre presque illimité de malades. Or, on sait com, bien ce travail en plein air est précieux dans le traitement des maladies mentales. En les faisant surveiller attentivement, on peut envoyer aux jardins la plus grande partie des déprimés et même des suicidistes. Au point de vue budgétaire, la grande culture n'est guère rémunératrice, la culture potagère l'est, au contraire, beaucoup. Enfin, l'abondance des légumes frais dans le régime de malades est chose très importante.

A plusieurs reprises, j'ai noté que tel quartier, tel service... était de construction récente : en effet, l'asile n'est arrivé que progressivement à être tel qu'il est aujourd'hui. A mesure que les ressources le permettaient, on se hâtait de réaliser quelques améliorations. Une phrase du rapport du préfet au Conseil général, pour l'année 1862, fait soupçonner ce que devait être l'asile à son début : « Tout ce que la loi prescrit a été effectué, *les améliorations autres*, principalement le pensionnat, s'effectueront au moyen des économies de l'établissement. »

Ce fut le Dr Dagrou, dont les hautes capacités d'administrateur étaient justement appréciées, qui fut chargé d'installer l'asile. Il l'ouvrit en janvier 1862 avec 145 malades. Mais les locaux le permettant, il demanda bientôt des malades au département de la Seine, qui se trouve toujours obligé de recourir aux asiles de province pour hospitaliser la totalité de ses aliénés. Depuis, on n'a pas cessé d'avoir à Bonneval des malades de la Seine, des femmes surtout, aujourd'hui encore, on en compte près de 80. L'augmentation de population obtenue par ce moyen a certainement été chose avantageuse pour l'asile, mais jamais, on peut le dire, on n'a abusé de l'embarras du département de la Seine, en exigeant de lui un prix supérieur à celui d'Eure-et-Loir. Pour les aliénés indigents d'Eure-et-Loir, le prix de journée est de 1 fr. 20 pour les deux sexes, les aliénés de la Seine sont reçus moyennant un prix de journée de 1 fr. 20 pour les femmes et de 1 fr. 25 pour les hommes, et on n'a jamais hospitalisé que très peu d'aliénés hommes de la Seine.

(*A suivre.*)

HISTOIRE ET CRITIQUE

BARBE BUVÉE

EN RELIGION, SŒUR DE SAINTE-COLOMBE ET LA PRÉTENDUE POSSESSION DES URSULINES D'AUXONNE (1658-1663).

(Étude historique et médicale, d'après des manuscrits de la Bibliothèque nationale et des Archives de l'ancienne province de Bourgogne.)

Par le Dr Samüel GARNIER,
Médecin en chef, Directeur de l'Asile de Dijon[1].

VII. — Mais depuis le mois de novembre 1661, la sœur Buvée avait introduit diverses requêtes au procureur général pour « le faire forclore de plus amplement informé ». D'un autre côté, le Commissaire Legoux ayant totalement achevé son information, dont nous avons déjà donné les principaux éléments qui allaient permettre au parlement de statuer, il devenait de plus en plus évident que, malgré ce fameux jugement du 20 janvier 1662, la cause de la réalité de la possession n'avait gagné aucun terrain, et que le monde parlementaire allait conclure contre elle. Devant l'imminence d'une décision du parlement, défavorable à leur cause, les craintes des prêtres d'Auxonne augmentèrent de plus belle et deux d'entre eux jugèrent à propos de faire un second voyage à Paris. Là, ils se servirent de tous les moyens imaginables pour obtenir l'évocation, vainement sollicitée jusque-là. Leurs emportements contre les juges et tous ceux qui avaient été chargés de cette affaire furent si vifs, leurs insinuations si mensongères, que le parlement en fut officiellement avisé. Leurs récriminations passionnées et leurs insistances répétées, ne purent toutefois arracher au chancelier autre chose qu'un ordre au parlement, de lui envoyer un état sommaire des preuves.

En même temps qu'ils intriguaient ainsi à Paris, en s'appuyant sur le jugement de la commission royale, en date du

[1] Voir les trois précédents numéros.

20 janvier, les mêmes prêtres faisaient multiplier les exorcismes à Auxonne, autant pour frapper de plus en plus l'imagination populaire, dans le sens de la réalité de la possession, en imposant cette dernière à la crédulité publique, que pour avoir de nouveaux exorcismes probants à opposer à ceux de la commission du parlement. Aussi bien le camp des croyants était le plus nombreux, sinon le mieux à même de juger en connaissance de cause, et le clergé lui-même était très divisé sur la question de la possession : l'immense majorité l'acceptait comme démontrée. Nous trouvons dans la lettre d'un Religieux Chartreux au Général de son Ordre, lettre imprimée et portant la date du 12 juillet 1662, non seulement la preuve de cette croyance inébranlable et de bonne foi à une véritable possession, mais celle de la multiplicité continue des exorcismes sur les religieuses. En voici les passages principaux relatifs à divers exorcismes et à leurs résultats notoires au point de vue de la thèse de l'hystérie convulsive et délirante.

« [1] Comme j'en ay desjà envoyé d'autres relations à V. R., je diray seulement icy ce que j'y ay veu de nouveau. J'en ay veu une laquelle montant jusqu'au second degré d'une balustre, disant des paroles arrogantes et insolantes, l'exorciste lui commanda de descendre et de s'humilier. Après beaucoup de résistance, estant toute droite, elle se renversa en arrière, ses pieds demeurant toujours sur le second degré et vint tomber sans secousse, demeurant quelque temps en l'air, avec agitation sur le pavé, au-dessous des deux degrés; les assistans jugèrent qu'il n'y avoit point de forces humaines qui puissent faire ce renversement à moins que de tomber tout d'un coup. Nous en vismes une autre estant à génoux, entre le premier degré de l'autel, et le balustre en la grande église, le diable parroissant, renversa le corps en arrière, de telle sorte, que la teste panchait et touchoit le pavé au bas du degré ou est posé le balustre, le reste du corps demeurant en arcade sans lever les genoux de terre, qui estoient aussi bien que les pieds, plus haut que la teste de tout le degré, qui est pour le moins de huit pouces, et soustenoient ainsi tout le poids du corps, en laquelle posture l'énergumène

[1] Lettre d'un religieux chartreux au R. P. Général de son Ordre portant relation des choses arrivées pendant les exorcismes des Religieuses d'Auxonne. Pierre Paillot, imprimeur du Roy, 1663. (Archives départementales, n° 127.)

demeura plus d'un gros quart d'heure, eslevant souvent la teste, et la tournant de tous costés, tantost la posant sur le pavé, et le plus souvent à fleur de terre, pendant quoy l'énergumène parloit toujours, et respondoit auz interrogats latins précisément, quoy que ce ne soit qu'à une simple fille, qui à peine scay lire. Elle se releva par après, sans aucune ayde des mains. »

« Nous vismes en deux autres mouvemens si furieux qui mestoient ces corps en tant de postures différentes, et si violantes à la nature, que chacun de ces mouvemens foisoit une marque assés évidante d'un esprit estranger qui agit au-dessus des forces de la nature, mais cela ne se peut expliquer : et ce que j'y trouve encore de merveilleux, c'est qu'à la fin de tout, ces créatures, non seulement n'en demeuroient point ésmües, mais encore sont plus fraisches, et tranquilles que devant l'exorcisme ; et encore que cela arrive à toutes, je le remarquay principalement, a une assez puissante fille, qui sortit de l'exorcisme sans sueur ni rougeur, après plus d'une heure de furieuses agitations. »

« Nous en vismes une autre qui ne fut point agitée dans tout l'exorcisme, quoy qu'elle l'ayt esté des plus, autrefois, après avoir escouté les prières, avec l'assemblée, voici le P. Janon, jésuite, qui entre doucement sans que l'énergumène l'ait pu apercevoir, et donna un petit sachet de Reliques à l'exorciste, lesquelles estant mises sur la teste de l'énergumène, commença à luy faire sentir une chaleur intérieure, dire plusieurs fois, qu'elle avoit un Jésuite dans la teste qui luy foisoit peine (c'étoit des Reliques de saint Ignace) la fille demeura toujours dans tout l'exorcisme présente de l'esprit. mais pour luy faire passer sa chaleur intérieure, produitte sans doute par le démon, on s'avisa de luy faire avaller de l'eau béniste, dans laquelle notre Procureur mit une poussière d'une saincte Relique, mais on trouva qu'elle avoit les dents si serrés, qu'on ne luy put faire ouvrir qu'après plusieurs commandemens. Ayant donc la liberté d'ouvrir la bouche, elle prit elle-mesme la tasse, et tascha d'avaller l'eau, qui luy demeura longtemps dans la bouche, le diable fermant le passage. Enfin après plusieurs commandemens, l'eau passa, mais demeura dans le gosier, le long du col, ou elle foisoit un grand mouvemen qui se voyoit au dehors, et s'entendoit par toute la chapelle, ce qui fut fort surprenant ; veu

qu'il n'y a point la de faculté retentive au gré de la personne; cependant ce mouvement d'eau demeura visiblement et intelligiblement le long du col plus de l'espace d'un bon *Miserere* jusqu'après plusieurs commandemens, l'eau descendit en l'estomac, et la fille demeura libre. »

« Je vis dans un autre exorcisme fait en la grande Eglise, après plusieurs agitations violantes, après plusieurs sottises commises par l'énergumène, courant sans respect par l'Eglise et montant jusques au dessus du grand autel, comme elle vint à passer devant moy deplaisant de voir tant d'insolance, je l'arrestay par la robe et luy dis en latin qu'elle eust à se mettre dans le respect devant la Majesté Souveraine, elle s'arresta tout court, et me regardant, elle se mit à terre devant moy sans rien dire, et puis continuant au mesme lieu ses badineries et railleries, elle dit qu'elle n'estoit qu'une fille et qu'elle n'estoit pas possédée, l'exorcisme luy vint commander de faire paroistre comme il estoit diable, et que pour réparer l'injure faite à Dieu par ses insolances, et à la fille par son mensonge, qu'il eust à souffrir la piqûre d'une esguille, et la flamme d'un cierge allumé pour marque de sa présence, et punition de son insolance sans lésion de la créature, et si telle estoit la volonté de Dieu, qu'il se mit en devoir, et fist beaucoup de résistance, et esteignant le cierge plusieurs fois en riant, et disant que cela estoit bon à ces Religieux de se mortifier, parlant à moy, je luy respondis en latin, que c'estoit luy qui méritoit punition pour son arrogance, que pour nous, nous estions dans le respect et humiliés devant la Majesté de Dieu, mais luy qui y commettoit des insolances, il en devoit souffrir la peine, si tel estoit le bon plaisir de Dieu, et devoit obéyr au commandemen. Quelque temps après l'énergumène fist une petite plainte, et abaissant la teste comme par assoupissement, et pour tesmoigner que Dieu vouloit qu'il donna ce signe laissa les bras libres et sans mouvemens et les présenta à l'exorciste qui en prenant l'un, y fischa une grosse espingle jusqu'à la teste qu'y demeura toute cachée sans sentimen, et l'ayant retirée, il n'en sortit point de sang, sinon la grosseur d'une petite espingle, et puis prenant l'autre bras, le brûla à la flamme d'un cierge allumé pendant l'espace d'un *Pater* et d'un *Ave* en sorte que la bruslure très notable, estant déjà de la largeur d'un doigt, et de la longueur de trois, on jugea à propos

de n'en pas faire davantage, car on aurait bruslé jusqu'à l'os, pendant lequel temps, l'énergumène ne tesmoigna aucun mouvement en ses yeux, en son visage, ny en tout son corps : après le commandemen estant fait au démon, de relever le corps de la créature et de la laisser entièrement libre, ce qu'estant exécuté, on demanda à la fille si elle ne sentoit point de douleur, elle dit que non, on luy dit de montrer son bras, elle monstra premièrement celuy ou estoit la piqûre qu'elle n'avoit point senty; on luy dit de monstrer encore son autre bras, elle parut être surprise d'y voir la marque notable du feu, on luy demanda que c'estoit, elle dit qu'elle n'en sçavoit rien, on luy demanda si elle sentoit de la douleur, elle commença à pincer et à masnier elle-mesme la bruslure, et dit qu'elle n'y sentoit aucune douleur. »

« Le lendemain comme on procédoit à l'exorcisme sur la mesme, arriva que le démon renversa le corps de la créature qui estoit à genoux sur un degré de l'autel, en sorte que la teste s'abaissa jusques sur le pavé, un degré plus bas que ses pieds, estant en cette posture violante, sans violance pourtant, car estant occupée d'un démon follatre, elle ne foisoit que badiner. L'exorciste dit aux assistans que si quelqu'un vouloit toucher le poulx de cette fille, qu'on le trouveroit réglé, nonobstant cette posture contraire : un estranger qui disoit estre du métier, en voulut faire l'essay, il n'y trouva point du tout de poulx : un chirurgien qui estoit présent, s'approcha, et toucha le poulx sans apercevoir aucun battement; un honneste Bourgeois du Lion, nommé Mr Jobert, en voulust connoistre la vérité en touchant le poulx à l'un et à l'autre bras, avoüa qu'il n'y en avoit non plus que dedans un corps mort; plusieurs des assistans en voulurent faire l'expérience et recogneurent tous la cessation du poulx. Après quoy l'exorciste commanda au démon de rendre le poulx, après plusieurs commandemens, le poulx commença à parroistre au bras droit, ne parroissant point au gauche; quelque temps après il parut au gauche, et cessa d'estre au droit, et il repassa du gauche au droit, et parut alternativement tantost à l'un, tantost à l'autre, près d'un quart d'heure, après avoir cessé en tous les deux environ un autre quart d'heure, donnant ainsi le temps à tous les assistans de tous essayer et considérer à loisir. Après tout cela le commandement estant fait au démon de relever le corps de la créature, et de resta-

blir le poulx dans son entier réglement, ce qu'il exécuta, en sorte qu'on luy trouva un poulx naturel et réglé partout. »

« J'ay communiqué ceci aux plus célèbres et mieux employés médecins de Dijon que V. R. connoit qui sont Messieurs Guibaudet, père et fils, Monsieur Henrion, et aussi à des Messieurs chirurgiens qui tous ont avoüé que la plupart des choses susdites sont évidemment extraordinaires et au-dessus de la nature. Cependant il y en a qui demandent encore un signe univoque, et voila qu'en deux jours j'en ai veu neuf ou dix qui sont hors de controverses, et qu'il est impossible de toute impossibilité morale et phisicque, qu'il y puisse avoir de complots secrets comme quelqu'uns semblent les en vouloir soupçonner. »

VIII. — Nonobstant tous ces exorcismes officieux, le Commissaire Legoux chargé de satisfaire à l'ordre du chancelier, de lui envoyer un état sommaire des preuves de la procédure, s'était empressé de s'y conformer. Il avait joint à son extrait, un récit de ce qui s'était passé, en sa présence, aux exorcismes officiels et quelques motifs tirés de la procédure, établissant qu'il n'y avait, dans cette affaire d'Auxonne, rien de surnaturel, et que tout au contraire y était très humain.

Après plusieurs délais successifs d'ajournement le parlement rendit enfin le 4 août 1662, l'arrêt suivant, dont la lecture expliquera amplement les phases diverses de toute cette longue procédure.

« [1] Vu l'arrêt du cinquième janvier mil six cent soixante et un donné entre sœur Barbe Buvée, religieuse professe au couvent des Ursulines de la ville d'Auxonne, appelante comme d'abus de toute la procédure contre elle foite par l'Official de la dite ville, sur l'accusation de magie, de sortilège et infanticide, contre M. Claude Salin, prestre promotteur en la dite officialité inthimé par lequel la cour, partyes ouïes, et Nicolas, pour le Procureur Général du Roy auroit dit qu'il avoit été bien appelé, mal nullement et abusivement informé, décrété et procédé, tout ce qui avoit été fait par ledit official cassé, révoqué et annulé, le dict Salin condamné en l'amende de l'abus modéré à 100 sols, moitié au Roy et a partyes et es dépens; ordonné que par commissaire il seroit

[1] Manuscrit fonds français, n° 18696, folio 79. Bibliothèque nationale, arrêt de la Tournelle du Parlement.

informé des crimes desquels la ditte Buvée estoit accusée à requeste du dict Procureur Général, à cet effect il estoit enjoint au dict Promotteur de luy remettre entre les mains les mémoires et autres preuves qu'il pouvoit avoir; autre arrest du quatriesme de février suivant donné, sur les conclusions du dit Procureur Général portant que par le dict commissaire estant sur les lieux, il seroit informé conformément à celuy cy dessus et procédé à l'instruction du procès nonobstant touttes oppositions ou appellations; austre arrest du onziesme du dict mois de février, donné sur les conclusions du dict Procureur Général contenant qu'il seroit informé des fréquentations et familiarités de quelques personnes dans le dict couvent des Ursulles d'Auxonne, à cet effect, monitoire octroyé à la forme des édicts et arrest, informations faites tant sur les dittes accusations que sur le complot prétendu fait pour former icelle contre la dite Buvée, procès-verbaux dressés par le dict commissaire de l'état du dict couvent et des personnes des religieuses prétendues possédées par les démons; autres procès-verbaux du dict commissaire de ce qui s'est passé en sa présence aux exorcismes faicts aux dittes religieuses par les exorcistes choisis et nommés par le vicaire général de l'Archevêché de Besançon; autre procès-verbal du dict commissaire contenant le rapport du médecin Rapin, par luy nommé d'office de ce qu'il avoit recogneu es personnes des dittes religieuses; arrest du dix-huitiesme mars mil six cent soixante-un, donné sur les procédures cy-dessus et les conclusions du dict Procureur Général par lequel il auroit esté ordonné qu'à sa diligence il seroit plus amplement informé dans quinze jours des crimes desquels la ditte Buvée estoit accusée, pour la ditte information représentée pour y estre pourvu: Cependant icelle Buvée estoit élargie des prisons icelles es quelles elle estoit détenüe à sa caution juratoire de se représenter à toutes assignations qui lui seroient baillées, pour cet effect, élection de domicile en cette ville de Dijon et les soumissions au greffe criminel, a laquelle seroient restituées les linges et habits trouvés en sa cellule lorsqu'elle fust arrestée à requeste du dict promotteur avec injonctions aux supérieurs, religieuses ou autres qu'en estoient saisis de faire la ditte restitution incontinent après signification, à peine de tout dépens et dommages interests; en ce qui concernoit la provision demandée par la ditte Buvée, il y seroit faict droit en procédant au jugement de l'incident formé entre elle et

les dittes supérieures et religieuses, ordonné aussi que Claudine Bourgeot, détenue en la Conciergerie du palais, accusée d'avoir contrefaict la possédée seroit ouye et répétée sur les charges contre elle résultantes de la ditte information et que Marguerite Jamain, Gabrielle de Malo, Anne Piron, Elisabeth Nicolas, Anne Lecossois. Charlotte Joly, Humberte et Françoise Borthon, religieuses et novices au dict couvent seroient à la diligence du dict Procureur Général, amenées en cette ville et mises séparément es maisons de telles personnes qui seroient jugées à propos, pour après estre faict droit ainsi qu'il appartiendroit; acte de prononciation du dict arrest faict à la ditte Buvée de dix neuviesme du dict mois de mars contenant son élection de domicile en la maison de Mr Louis Gilles, son procureur et les soumissions par le dict arrest, exploit de signification d'y celuy du dict Procureur Général; autre arrest du vingt et unième du dict mois de mars portant que par les trois experts nommés d'ofice, il seroit procédé à la recognoissance de quelques lettres capitales en rouge sur un petit billet de papier prétendu rendu par l'une des dittes religieuses pour marque de délivrance des démons dont on disoit qu'elles estoient possédées et ceux par conférence à des écriptures estant au prône de Mr Pierre Denizot prestre au dict Auxonne, rapport des dicts experts affirmés par devant le dict commissaire; arrest du neuvième avril suivant donné sur la requeste de la ditte Buvée et les conclusions du dict Procureur Général par lequel il auroit esté ordonné au dict Salin de prouver incessamment sur mémoire et nommer les tesmoins qu'il entendroit faire ouyr pour estre ensuite procédé à l'instruction du procès avec injonction à sœur Marguerite Jannel, Supérieure du dict couvent des Ursulines d'Auxonne et aux prestres ayant procédé aux exorcismes des religieuses d'y celuy, prétendues possédées par les démons, de remettre au greffe de la ditte cour les procès-verbaux qui y auroient esté dressés; — interrogatoire, reponces de la ditte Bourgeot du vingt-cinquiesme du dict mois d'avril, requeste de la ditte Buvée du onziesme de juillet et sizième aout suivant, contenant injonction à la ditte supérieure de satisfaire au dict arrest du dix-huitiesme mars et suivant inclus remettre à la ditte Buvée, les dits linges et habits, exploits et signification des arrests et autre requeste présentée par la sœur Buvée, le dix-neuviesme septembre au dict an mil six cent soixante et un, à ce que le dict Procureur

Général fut déclaré for clos, de faire procéder à l'ampliation et l'instruction du procès, à faute d'y avoir satisfait suivant le dict arrest du dix huitiesme mars; autre requeste de la ditte Buvée du vingt sixiesme du dict mois de septembre à mêmes fins que celles cy-dessus et à ce qu'elle fut renvoyée de l'accusation formée contre elle, sauf à se pourvoir pour obtenir réparation et adjudication de ses dommages et intérêts ains qu'elle verroit estre à faire; les dittes requestes communiquées au Procureur Général du Roy, conclusions d'y celuy; procès-verbal du sixiesme novembre dernier dressé par le dict commissaire en la ville d'Auxonne où il se seroit acheminé, contenant l'invittation faicte à sœur Marguerite Jannel, supérieure du dict couvent de déclarer s'il y avoit quelques précieuses nouvelles venant à sa cognoissance, afin de procéder à la continuation de l'information et sa déclaration tant sur ce sujet que sur la sortie des religieuses du dict couvent prétendues possédées par les démons pour aller résider en des maisons particulières à la ville; autre procès-verbal du dict commissaire du dit jour sixiesme novembre de la recognoissance de la longueur, largeur et état de chœur du couvent des dittes religieuses; autre procès-verbal de ce commissaire du dict jour sixiesme novembre, des déclarations de sœur Marguerite Jamain ayant déposé en l'information sur quelques circonstances de la ditte déposition; autre procès-verbal du dict jour sixiesme novembre de l'invittation faicte à M. Jean Devenet prestre, supérieur du dict couvent, à ce qu'il ait à représenter les escriptures de la ditte Buvée que l'on prétendoit servir pour la preuve des crismes dont elle estoit accusée, et les déclarations du dict Devenet sur le faict et les marques de délivrance des démons prétendus rendus par les dittes religieuses; autre procès-verbal du septiesme du dict mois de novembre des déclarations de sœur Marie Borthon que tant elle que les sœurs Humberte et Françoise Borthon furent tirées du dict couvent le lendemain de la Notre-Dame de mars précédente par l'ordre du grand vicaire du R. Archevesque de Besançon et conduittes en une maison des prestres d'Auxonne ou elles avoient demeuré; depuis cinq autres procès-verbaux du dict jour septiesme novembre des déclarations de Mr Claude Nouvelet, prestre au dict Auxonne, du dict Mr Pierre Denisot, de sœur Jacqueline Jobert, de la sœur Janon et de la ditte Jannel, supérieure; requeste de la ditte Buvée du deuxiesme may dernier a ce

qu'ayant égard au misérable estat où elle estoit réduitte, il pleut à la cour octroyer la forclusion par elle précédemment requise contre le dict Procureur Général et ordonné que pour estre faict droit au principal, les parties mettroient leurs pièces civiles par devant le greffe; signification de la ditte requeste et la responce faicte à icelle par Mr Jacques Cugnois, procureur du dict Salin, promotteur, que inutilement la ditte signification lui estoit faicte puisqu'il n'est plus partie au procès qui se faisoit de l'autorité de la cour à requeste du dict Procureur Général, en ayant le dit Salin esté deschargé et mis hors de cour par arrest du cinquiesme janvier mil six cent soixante et un; arrest donné sur la ditte requeste le seiziesme du mois de mai par lequel attendu les conclusions du dict procureur général et sa déclaration qu'il n'avoit austre tesmoignage à faire ouyr que ceux découverts en la procédure, il auroit esté ordonné que la ditte procédure seroit communiquée au dict procureur général pour donner ses conclusions définitives à l'égard de la ditte Buvée, à cet effect icelle remettroit par devant le greffe criminel touttes pièces que bon lui sembleroit dans trois jours; requeste de la ditte Buvée du huictiesme du dict mois de may à ce qu'ayant égard que les religieuses du dit Couvent d'Auxonne jouissoient de sa dotte il pleut à la cour lui adjuger provision de la somme de quatre cens livres pour subvenir à sa nourriture et entretènement et frais nécessaires pour sa défense; signification de la ditte requeste et la responce faite à icelle par Mr Humbert Lucot, procureur des dittes religieuses Ursulles; austres requestes des onze et douzième du dict mois de may à mesmes fins que la précédente, production de la ditte Buvée par l'inventaire de laquelle elle auroit conclu à son renvoy des dittes accusations avec réparation de la calomnie, et adjudication d'interests et dépens contre les partyes secrètes et dénonciateurs et encore à la restitution de la somme de trois mille livres de sa dot et autres choses rapportées en son contract d'entrée au dict couvent du quinziesme avril mil six cent vingt-six, avec intérêt depuis vingt années qu'elle avoit demeuré au couvent de Flavigny et autres eschus à compter du jour qu'elle estoit sortie du dict couvent, pour estre le tout porté par elle au monastère qui les recevroit. »

Conclusions du procureur général du Roy.

« La cour a renvoyé et renvoie la ditte Buvée des accusations contre elles formées, ordonne que l'information concernant le complot prétendu faict contre la ditte Buvée sera continué et procédé par le Commissaire à l'entière instruction du dict procés contre ceux qui s'en trouveront prévenus; à cet effect le dict arrest du dix huitiesme mars mil six cent soixante et un sera exécuté pour après la ditte instruction, estre pourvu sur la réparation demandée par la ditte Buvée. adjudication de ces dommages et interest, ensemble sur la peine de la calomnie ainsi qu'il appartiendra; ordonne aussi que la ditte Buvée sera transférée en un autre monastère du mesme Ordre; à cet effect se pourvoira à ses supérieurs, et pour faire droit sur la restitution de sa dot, les partyes feront ouyr par devant le dict Commissaire et cependant adjugé et adjuge à la ditte Buvée pension annuelle de 100 livres qui lui sera payée par les dittes religieuses du dict Couvent d'Auxonne, à faute de quoy elles y seroient contrainctes, ordonne en outre que le procès sera faict et parfaict à la dicte Bourgeot en prison fermé.

« Faict à la Tournelle de Dijon, le quatriesme aout mil six cent soixante deux,

« PELLETIER, *greffier.* »

Cet arrêt protecteur réhabilitait entièrement Barbe Buvée en mettant à néant les imputations dirigées contre elle. Il renversait également, en ruinant indirectement la théorie de la possession démoniaque, tout l'échafaudage habilement dressé par les exorcistes, pour dissimuler leurs agissements suspects du début. La partie semblait perdue pour eux et tout autre se fût déclaré vaincu. Il n'en fut rien cependant. L'échec retentissant, que leur infligeait l'arrêt en question, ne fit qu'accroître leur ténacité à le battre en brèche, par tous les moyens possibles et en obtenir la cassation.

Le hasard vint les servir à souhait en leur fournissant, au moyen de l'affaire Moroge, l'occasion inespérée d'intervenir de nouveau à Paris et de revenir à la charge.

(*La fin prochainement.*)

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE.

XXVIII. Amblyopie toxique due a l'absorption de vapeurs de dinitro-benzol dans les manufactures d'explosifs ; par Siméon Snell.

L'auteur rapporte six observations d'ouvriers ou ouvrières des manufactures de l'Etat où se fabriquent les explosifs, roburites sichérites, etc., dans des locaux insuffisamment aérés où les vapeurs de ces substances manipulées s'absorbent par les voies respiratoires.

C'est un rétrécissement concentrique, irrégulier, symétrique du champ visuel que l'on observe le plus souvent. Les autres symptômes de l'empoisonnement consistent en tremblements et affaiblissements des extrémités, ataxie, modification des divers réflexes, palpitations et troubles vaso-moteurs (cyanoses et asphyxies locales). (*British Med. Journ.*, 3 mars 1894.) A. Marie.

XXIX. Encephalocèle (*ablation et hydrocéphalie consécutive suivie de mort*); par W. Mackie. (*British Med. Journ.*, 10 mars 1894.)

L'enfant à la naissance présentait une tumeur occipitale du volume d'une orange, contenant de la substance cérébrale comme le montra l'opération. Après la fermeture de la fistule consécutive par laquelle coulait du liquide céphalo-rachidien, l'hydrocéphalie se développa et entraîna la mort au soixantième jour. A. Marie.

XXX. Un cas de paralysie consécutive a la varicelle; par William Gay.

La paralysie atteignit les membres inférieurs dont la paraplégie coïncida brusquement avec la chute des croûtes de l'éruption de varicelle chez l'enfant. (*British Med. Journ.*, 31 mars 1894.)

A. Marie.

XXXI. Aphasie sensorielle avec agraphie, cécité, surdité verbale ; par Harding Tomkins.

C'est l'observation d'un malade atteint d'hémorrhagie d'une des branches postérieures terminales de la cérébrale moyenne correspondant aux circonvolutions marginales. (*British Med. Journ.*, 28 avril 1894.) A. Marie.

XXXII. Myélite diffuse aiguë; par I. Dreschfeld (*British Med. Journ.*, 2 juin 1894.)

Revue de la question à propos d'une observation détaillée avec préparations microscopiques à l'appui. Les préparations de moelle sont des types de dégénération secondaire par foyers scléreux disséminés. Les nerfs périphériques, en particulier le nerf optique, sont proportionnellement plus lésés. L'auteur cite également le résumé d'un cas répondant à l'ataxie aiguë de Leyden. A. Marie.

XXXIII. Epilepsie sénile; par Mausel Sympson.

Deux observations d'épilepsie idiopathique sans lésion microscopique appréciable à l'autopsie. Ni paralysie ni troubles des sens spéciaux. Les malades eurent leurs premières attaques après la soixante-treizième année. (*British Med. Journ.*, 19 mai 1894.) A. Marie.

XXXIV. Chlorose et aménorrhée avec troubles cérébraux, par Crawford Thomson.

Observation d'une jeune fille de vingt-trois ans ayant présenté une névrite optique double avec diplopie et symptômes de méningite basilaire coïncidant avec un état chlorotique et disparaissant avec lui sans traitement spécifique. (*British Med. Journ.*, 18 mai 1894.)
A. Marie.

XXXV. Cinq cas de paralysie pseudo-hypertrophique dans une même famille; par Frédéric Coley. (*British Med. Journ.*, 24 février 1894.)

Quatre photographies nous montrent les deux principaux malades de cette famille, deux frères de onze et dix-huit ans. Tous les membres de la famille paraissaient quelque peu retardés dans leur développement physique et semblaient plus jeunes que leur âge. L'intelligence était d'une bonne moyenne. Les garçons étaient plus atteints que les filles (non seulement les membres inférieurs, mais les épaules et les troncs étaient atteints de pseudo-hypertrophie musculaire). A. Marie.

XXXVI. Monoplégie brachiale droite et dysesthésies consécutives à un traumatisme de la zone antérieure frontale gauche de la corticalité; par Lynn Thomas. (*British. Med. Journ.*, 21 février 1894.)

Le malade est un mécanicien blessé dans un accident de chemin de fer par une tige métallique ayant pénétré à travers la paroi cranienne gauche. Deux ans et demi après l'accident une partie des

mouvements est revenue, mais il persiste certaines parésies particulièrement pour les interosseux (modification de l'écriture consécutive); en outre il y a perte de la sensibilité tactile à la douleur dans la main et l'avant-bras et perte de la sensibilité thermique dans la main ; altération trophique des ongles et hyperidrose correspondante (figures à l'appui). A. MARIE.

XXXVII. TABÈS ET DIABÈTE; par le Dr P. BLOCQ.

Intéressante observation de tabes vrai coexistant chez le même sujet avec un diabète vrai, ayant produit une paraplégie du groupe de celles que l'auteur a proposé d'appeler toxiques, à type de flexion plutôt que pseudo-tabès. D'une part, l'ataxie locomotrice est affirmée chez le sujet par les signes caractéristiques de la série tabétique, tels que : douleurs fulgurantes typiques, douleurs en ceinture, diplopie transitoire, signe d'Argyll Robertson, parésie vésicale, abolition complète des réflexes tendineux. D'autre part, le diabète est démontré également chez le malade par ses signes ordinaires : polydypsie, polyphagie, abondance et permanence de la glycosurie (48 grammes de sucre par litre). Le diagnostic ne laissait pas que d'être assez délicat, eu égard à la nature de la paralysie. La localisation nette des troubles aux extenseurs de la jambe, la bilatéralité des lésions, l'absence des douleurs caractéristiques et la présence du sucre dans les urines permit de porter le diagnotic de tabès avec diabète et paraplégie diabétique et de poser, au sujet de la paraplégie, un pronostic plus favorable que si elle était de nature tabétique ; l'événement a heureusement justifié ce pronostic, et le malade a, tout au moins temporairement, recouvré l'usage de ses membres. (*Revue neurologique*, 1894.) E. BLIN.

XXVIII. ARTHROPATHIE SYTINGOMYÉLIQUE ET DISSOCIATION DE LA SENSIBILITÉ ; par M. J.-B. CHARCOT.

Intéressante observation d'une malade syringomyélique avérée, chez qui, à la suite d'un traumatisme léger, s'est produite une luxation et arthropathie de l'épaule, avec apparition sur la surface, cutanée de cette région d'une zone de dissociation de la sensibilité du type syringomyélique, alors qu'auparavant la sensibilité était normale à ce niveau. La coïncidence de cette anesthésie particulière au niveau même de l'articulation malade est la règle dans les différents cas d'arthropathie signalés et la présente observation, plus qu'aucune autre, est démonstrative de ce fait (*Revue neurologique*, 1894). E. B.

XXXIX. SUR UN CAS D'ENCÉPHALITE CORTICALE ET DE POLIOMYÉLITE ANTÉRIEURE ASSOCIÉES ; par le Dr H. LAMY.

Il s'agit d'un malade de quarante-trois ans, qui présentait une para

lysie atrophique du membre inférieur droit, remontant à la première enfance. Il avait eu, d'autre part, à cette époque de sa vie, de nombreuses convulsions; l'intelligence s'était peu développée. Ce malade succomba aux progrès rapides d'un cancer de l'intestin. L'autopsie fit découvrir des lésions anciennes d'encéphalite disséminées à la surface de l'hémisphère gauche. D'autre part, la moelle était absolument saine dans toute la hauteur des régions cervicale et dorsale; mais, à partir de la région lombaire inférieure et dans toute l'étendue de la région sacrée, la corne antérieure du côté droit présentait une atrophie considérable.

Tout l'intérêt de l'observation se résume dans la présence simultanée d'une altération ancienne du cerveau, qui n'eût pas manqué de produire une hémiplégie infantile si elle eût été plus étendue, et d'une lésion médullaire localisée, contemporaine de celle-ci, ayant eu pour conséquence une paralysie atrophique du membre inférieur ; et dans la conclusion qui s'en dégage légitimement, à savoir que les deux lésions ont dû se développer sous l'influence d'une même cause morbide, quelle qu'elle soit. (*Revue neurologique*, 1894.) E. Blin.

XL. De la station sur les talons chez les myopathiques; par les Drs Richer et Meige.

Les myopathiques présentent, au point de vue de leur conformation extérieure, de leurs attitudes, de leurs différents mouvements, des irrégularités intéressantes qui précisent le diagnostic et complètent les renseignements fournis par l'examen clinique.

Dans le présent mémoire l'auteur attire l'attention sur un mode de station particulière, rarement utilisé, il est vrai, dans la vie ordinaire et dont la recherche chez les myopathiques peut être la source de signes diagnostiques intéressants. Tout d'abord un fait à constater, c'est la possibilité pour un individu normal de se tenir et de marcher sur les talons sans que la plante du pied repose sur le sol.

Si l'on commande à un myopathique d'exécuter ce mouvement, si facile à réaliser pour l'homme normal, on voit qu'il est absolument impossible au malade de détacher du sol la pointe de ses pieds. Ce signe a une réelle importance, car, alors même que l'atrophie ne se révèle par aucune modification appréciable des formes extérieures, il permet d'affirmer à coup sûr l'envahissement fibreux des masses musculaires des gastrocnémiens, partant de confirmer le diagnostic de myopathie. L'incapacité fonctionnelle de relever la pointe du pied n'est pas imputable à la faiblesse des muscles de la région antéro-externe de la jambe, car on éprouve une résistance invincible lorsqu'on cherche avec la main à plier le pied sur la jambe. Dans la station sur les talons, en effet, à l'état normal,

les muscles gastrocnémiens sont distendus ; or, chez les myopatiques, ces muscles de la région postérieure de la jambe ont subi une transformation fibreuse et opposent à la distension une résistance considérable que les muscles de la région antéro-externe ne peuvent vaincre, quelque normaux qu'ils puissent être.

Une autre conséquence de ce raccourcissement des muscles gastrocnémiens consiste en ce fait que les malades, lorsqu'ils marchent, n'appuient pas leur talon sur le sol aussi complètement que le font les individus sains. Il leur est également impossible de s'accroupir, ce mouvement nécessitant encore la flexion en avant de la jambe sur le pied. (*Revue neurologique*, 1894.) E. Blin.

XLI. Sclérose en plaques infantile d'origine grippale; par les Drs Massalongo et Silvestri.

Il s'agit d'une sclérose en plaques disséminées infantile, survenue chez une enfant de six ans, au cours d'une atteinte d'influenza. Le diagnostic de sclérose en plaques a été établi sur l'existence d'un tremblement intentionnel, la parole nettement scandée, l'exagération des réflexes tendineux, la démarche spasmodique légèrement ataxique, sur l'examen ophtalmoscopique, etc.

De la discussion faite à propos de ce cas, les conclusions sont les suivantes : 1° importance étiologique des maladies infectieuses, dans la genèse de la sclérose en plaques disséminées; 2° aussi bien que les autres maladies infectieuses, l'influenza peut provoquer le développement de la sclérose en plaques disséminées; 3° mieux que la théorie des toxines produites par les micro-organismes pathogènes, celle de la migration de ces mêmes microbes à travers les parois vasculaires malades (d'artérite infectieuse), a de la valeur pour l'interprétation de la pathogénèse des plaques de sclérose disséminées dans le système nerveux central. (*Revue neurologique*, 1893.) E. B.

XLII. A propos d'un cas d'agraphie sensorielle; par le Dr Souques.

Il s'agit d'un nouvel exemple d'agraphie par cécité verbale, en tous points comparable aux cas récents de MM. Déjérine, Berckan et Sérieux. A l'autopsie, les lésions sont localisées dans l'hémisphère cérébral gauche. Elles consistent en une tumeur volumineuse, d'apparence gliomateuse.

Cette tumeur fait saillie à la surface des circonvolutions, sur la face externe au niveau du pli courbe qu'elle détruit, et sur la face interne au niveau de la partie inférieure du lobule quadrilatère. L'intégrité de la deuxième frontale range forcément l'agraphie dans la catégorie des agraphies sensorielles par cécité verbale.

Les rapports qui existent entre le centre visuel et le centre gra-

phique sont soumis aux mêmes lois que les relations des centres auditif et d'articulation. Il y a des gens peu éduqués, tels la plupart des malades des hôpitaux, qui restent à l'état infantile, en ce sens qu'ils ne peuvent écrire sans se représenter mentalement l'image visuelle, comme aux premiers jours. On conçoit que si ces gens-là sont frappés de cécité verbale, l'agraphie s'ensuive nécessairement et dans ces cas l'agraphie aura existé sans qu'à l'autopsie on rencontre une lésion du centre moteur graphique. Mais chez certains adultes, à centre graphique émancipé, la cécité verbale ne devra pas s'accompagner d'agraphie. Dans cet ordre d'idées, le malade qui fait le sujet de l'observation, traçait facilement, correctement et d'un seul trait, ses nom et prénom. Le mécanisme de l'écriture était donc conservé pour ces deux mots. Il existait donc chez ce malade un centre graphique automatique, indépendant du centre visuel verbal, pour sa signature. Il est logique d'admettre que, si cet homme eût été plus lettré et aussi habitué à écrire les mots vulgaires que son nom et son prénom, il aurait également créé pour ces mots vulgaires un centre graphique automatique, qu'il aurait émancipé du centre de la vision des mots et que, dans ces conditions, la cécité verbale n'aurait pas entraîné chez lui l'agraphie.

Cette observation semble donc plaider indirectement pour l'existence indépendante d'un centre moteur graphique automatique. (*Revue neurologique*, 1894.) E. B.

XLIII. Note sur quelques phénomènes de compression du nerf cubital, produits par l'apophyse sus-épitrochléenne; par MM. les Drs Feré et Batigne.

L'apophyse sus-épitrochléenne a surtout été étudiée au point de vue de l'anatomie comparée. Cette anomalie, tantôt unilatérale, tantôt bilatérale, varie considérablement de fréquence suivant les auteurs : de 1 à 7 p. 100. On l'aurait trouvée plus fréquemment chez les aliénés.

L'auteur, ayant examiné les humérus de plus de 200 épileptiques, n'en a trouvé que l'exemple qu'il rapporte. Dans ce dernier cas, dans certains mouvements brusques d'extension du membre supérieur se produisait une douleur suivie de fourmillements dans le domaine du cubital, ce nerf venant alors s'arcbouter et se tendre immédiatement sur la saillie osseuse. (*Revue neurologique*, 1894.) E. B.

XLIV. D'un symptôme qui fréquemment accompagne l'énurèse nocturne des enfants; par S. Freud. (*Neurolog. Centralbl.*, 1893.)

La moitié de ces enfants ont une exagération de la tonicité des extrémités inférieures; quand on veut, en les saisissant par les

pieds, leur écarter les jambes, on se heurte à une résistance des adducteurs. Le triceps crural résiste également; il est difficile de leur fléchir la jambe étendue sur la cuisse. Les réflexes tendineux sont exagérés et les masses musculaires tendues. Ceci indique une irritation spinale et permet de concevoir le mécanisme de l'incontinence par surexcitation du muscle qui vide la vessie (*detrusor vesicæ*). P. KERAVAL.

XLV. OBSERVATION DE TABES A SYMPTÔMES BULBAIRES; par F. CHVOSTEK. (*Neurolog. Centralbl.*, 1893.)

Observation, sans autopsie, de tabes avec une paralysie de presque tous les nerfs craniens et troubles respiratoires (dyspnée, crises laryngées, dysphagie). Les accidents prennent une intensité toute particulière au moment où, les phénomènes paralytiques de la branche motrice du trijumeau du côté droit ayant progressé, le masticateur du côté droit présente un état de parésie marqué; le facial droit est atteint, moins la branche frontale. C'est alors que, sans qu'il y ait d'affection pulmonaire ou pleurale, la dyspnée revêt une acuité toute particulière; il y a même apnée du côté gauche. P. K.

XLVI. DES ALLURES DU RÉFLEXE PATELLAIRE DANS LE DIABÈTE SUCRÉ; par K. GRUBE. (*Neurolog. Centralbl.*, 1893.)

Ce réflexe faisait défaut chez 10 malades sur 131, soit 7,6 p. 100 dont neuf cas de diabète léger. Il avait diminué chez 4 malades atteints de diabète grave dont un avec névrite double et troubles trophiques. P. K.

XLVII. DU TABES CHEZ LA FEMME; par P.-J. MŒBIUS. (*Centralbl. f. Nervenheilk.* N. F., IV, 1893.)

Suite au mémoire paru dans le même journal en 1884 (t. VII), prouvant que le tabes est bien syphilitique. Observations XIX à XXXIX. — Chez la plupart des femmes tabétiques, les commémoratifs décèlent la syphilis, chez presque toutes il existe des conditions rendant probable l'infection antérieure; ce mémoire permet même de dire chez toutes. Sans doute la preuve directe est souvent impossible, surtout chez les femmes mariées. Mais il n'y a pas un seul cas dans lequel la syphilis soit improbable. Age moyen : trente-quatre ans et demi. Intervalle moyen entre la syphilis et le tabes : huit ans. P. K.

XLVIII. DES ACCÈS D'ANGOISSE LARVÉE ET ABORTIVE DANS LA NEURASTHÉNIE; par E. HECKER. (*Centralbl. f. Nervenheilk.* N. F., IV, 1893.)

Les neurasthéniques sont, dans des proportions considérables, hantés par des angoisses à forme somatique qui remplacent des

accès d'angoisse complets. Il est rare qu'ils aient des accès caractérisés. En tous cas, les accès ne sont pas accompagnés de la sensation psychique d'angoisse, ce sont : de l'agitation cardiaque (battements de cœur); de l'accélération de la respiration, superficielle, comme tremblée; de l'incertitude de la démarche avec vertige; des sensations de froid, d'engourdissement, d'horripilation, avec sueur dans les membres (troubles circulatoires); de l'insuffisance des sphincters; des épreintes; de la contracture pharyngo-œsophagienne; de l'insomnie. Observation. En pareils cas, c'est le trouble somatique préalable qui produit l'émotion morale par sa perception même, l'angoisse est un effet non une cause. Voir la théorie chimique de Kowaleswky. (*Centralbl. f. Nerv.*, 1890.) P. K.

XLIX. Sur un cas d'hérédo-ataxie cérébelleuse ; par les Drs Brissaud et Londe.

M. P. Marie a désigné sous le nom d'hérédo-ataxie cérébelleuse une affection familiale très proche de la maladie de Friedreich mais se développant à une époque plus tardive (après la vingtième année) et ne présentant en général ni troubles trophiques, ni pied bot, en même temps que les réflexes rotuliens sont conservés ou exagérés et que se présentent des troubles visuels qui consistent en rétrécissement du champ visuel, dyschromatopsie et diminution de l'acuité visuelle.

Entre l'hérédo-ataxie cérébelleuse et la maladie de Friedreich existent des formes de transition. L'intéressante observation rapportée par les auteurs paraît appartenir à ce dernier groupe : toutefois étant donné qu'il fallait le déterminer, ce cas rentre plutôt dans le type tardif de M. Marie.

Cette observation se résume ainsi qu'il suit : perte de l'équilibre, du moins incomplète, se traduisant par la titubation, mouvements choréiformes; déviation scoliotique de la colonne vertébrale; nystagmus, sans autre trouble visuel; parfois du tremblement de la tête; embarras de la parole consistant surtout dans l'irrégularité et l'inégalité de la voix, exagération des réflexes : début après vingt-deux ans par l'incertitude des membres inférieurs. Pas de douleurs, pas de troubles sphinctériens, pas de troubles de la sensibilité, mais tristesse et irritabilité; antécédents nerveux indiquant une tendance à la dégénérescence; tare rhumatismale acquise. Enfin, fait capital, existence de la même maladie chez une sœur cadette. (*Revue neurologique*, 1894.) E. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE.

SESSION DE CLERMONT-FERRAND.

(*Du 6 au 11 août 1894.*)

Après Rouen (1890), Lyon (1891), Blois (1892), la Rochelle l'an dernier, vient cette année la réunion de Clermont-Ferrand. Le congrès s'est ouvert le lundi 6 août, à huit heures du matin, à l'hôtel de ville, dans la salle du conseil municipal, mis gracieusement à la disposition des congressites. Après les souhaits de bienvenue de M. Bardon, préfet du Puy-de-Dôme, et M. Lécuellé, maire de Clermont-Ferrand, le bureau a été constitué ainsi qu'il suit : *président*, M. le professeur Pierret, médecin en chef de l'asile de Bron, désigné au Congrès de la Rochelle ; vice-présidents, MM. Charpentier, médecin de Bicêtre, et Ritti, médecin de Charenton ; *secrétaires des séances*, MM. Klippel (de Paris), Devay (de Lyon). Le secrétaire général était M. le Dr Hospital, médecin de l'asile Sainte-Marie, qui avait accepté la difficile mission d'organiser le Congrès. — Ont été nommés : *présidents d'honneur* : MM. Bardon, Bouchard, J. Falret, Ladame et Monod. — Ensuite, M. Pierret a prononcé un excellent discours que nous croyons utile de reproduire *in extenso* :

Messieurs,

Dans la cité qui vit naître Pascal, les phrases creuses, les longues périodes, les vains discours sont moins qu'ailleurs à redouter. Si je ne sais pas être concis, je serai bref, tout au moins. Avant tout, je dois remercier tous ceux de mes confrères qui, à mon insu, ont bien voulu me choisir pour présider le Congrès où, pour la première fois, les aliénistes de langue française donnent la main à leurs frères les neuropathologistes. Je les remercie du fond du cœur. Ce

devoir accompli, ils me permettront, j'en suis sûr, d'adresser un triste et reconnaissant souvenir au maître qui m'a fait digne d'être leur élu. C'est à M. Charcot que va ma pensée ; c'est lui qui devrait être ici.

Je voudrais être encore à cette heureuse période de la vie, où l'imagination se plaît à nous faire accroire que, par des liens mystérieux, les morts restent unis à ceux qui les ont aimés. J'évoquerais alors deux grandes ombres : Pascal, Charcot, et j'aimerais à penser que, pour toute la durée de nos travaux, ils seront au milieu de nous pour inspirer à tous les saines critiques et les appréciations désintéressées.

Les circonstances sont graves : la psychiatrie, longtemps retenue dans les dédales de la philosophie, vient, sans renier son passé, briser des liens trop serrés, faire son profit des admirables découvertes qui ont élucidé la texture et défini le rôle du cerveau de telle façon que Gall lui-même est dépassé. Dans ces hémisphères, en apparence très compliqués, il n'est pas aujourd'hui de ganglion si reculé qui n'ait son nom et sa fonction probable. La mémoire, disséquée, se résout en mémoires partielles dont chacune a son habitat. On sait, à n'en plus pouvoir douter, quels sont les points limités du cortex dont la destruction organique ou l'insuffisance fonctionnelle engendrent la surdité ou la cécité verbales, de même que l'on décrit avec précision le lieu anatomique de l'aphasie motrice et de l'agraphie. On sait dans quels groupements ganglionnaires arrivent à s'emmagasiner, sous une forme variée du mouvement, les images auditives ou optiques. C'est dire que le siège central des hallucinations de la vue et de l'ouïe est désormais connu. Ces notions capitales sont le résultat des efforts convergents des neuropathologistes et des aliénistes.

Charcot, Messieurs, était l'un et l'autre, et j'imagine que si la mort l'avait épargné, il aurait lui-même tiré de l'hystérie quelque belle et grande étude de psychologie morbide. Laissez-moi vous parler un instant de ce Maître dont je fus l'ami.

L'énorme influence qu'il a exercée sur les sciences médicales, je l'attribue, sans hésiter, à ce fait qu'il s'est spécialisé très tard. Les impressions reçues près de ses premiers maîtres l'entraînaient, en effet, vers la médecine générale. C'est alors qu'il étudie la goutte, le rhumatisme, les maladies rénales et les processus séniles. Les recherches sur les maladies du système nerveux étaient d'abord plutôt concentrées dans les mains de Vulpian, cet autre maître qui tirait son originalité de travaux d'anatomie et de physiologie comparée, poursuivis dans les laboratoires du Muséum. Mais bientôt Vulpian, pourvu de la chaire d'anatomie pathologique à la Faculté, tourne pour un temps son activité dans un autre sens, et Charcot reste seul pour parachever des recherches dont beaucoup avaient été commencées par les deux amis.

L'analyse des scléroses médullaires d'abord entamée par Bouchard, sous l'impulsion directe et puissante de Charcot, est reprise par de nombreux élèves dont je ne puis vous faire l'éloge, parce qu'ils sont ici presque tous. Dans un laboratoire étroit, mal éclairé, mal outillé, par la seule initiative du maître et des élèves, et le plus souvent, aux frais des travailleurs eux-mêmes, on voit s'établir un véritable atelier de neuropathologie. On y était pauvre d'argent, riche d'ardeur — et quelquefois d'un peu d'ambition. Que de difficultés au début ! J'ai connu ce temps — et, sur ce point, mon collègue et ami, le professeur Joffroy, ne me démentira pas — ce temps où, pour savoir avec certitude où se trouvaient les origines réelles de l'hypoglosse, Duchenne (de Boulogne) dut négocier avec Lockhart-Clarke l'envoi d'une préparation normale qui, pour plus de sûreté, fut littéralement copiée par moi à la chambre claire. Le résultat de cet effort collectif ne fut rien moins que la constatation définitive de la disparition des cellules nerveuses motrices dans le bulbe et la moelle d'une malade atteinte d'atrophie musculaire et de sclérose latérale. Plus tard, cette observation devint point de départ pour la description d'une maladie nouvelle : la *sclérose latérale amyotrophique.*

Charcot, Vulpian, Duchenne (de Boulogne), tels furent les trois maîtres qui surent créer et faire vivre à la Salpêtrière une école dont il ne sied pas de dire trop de bien. La méthode employée fut la *méthode anatomo-clinique* à l'exclusion de toute autre, et l'avenir prouvera que telle était la vraie manière de Charcot, celle qui correspondait le mieux à son goût si vif pour l'isolement de types nouveaux et pour les descriptions dont les lignes sont tellement bien arrêtées qu'elles sembleraient un peu schématiques. C'est à l'emploi de cette méthode que sont dues tant de données originales sur les *localisations spinales* et *bulbaires*, les *myélites systématiques ;* enfin sur les *localisations cérébrales.*

A l'étranger, comme en France, on a l'habitude, injuste à mon sens, de dire que tout cet ensemble de faits élucidés, tous ces travaux et toutes ces activités groupées autour d'un maître, constituent l'œuvre de l'École de la Salpêtrière. Mais, messieurs, une école de la Salpêtrière existait avant Charcot, avant nous. L'objet de ses études était-il donc si différent du nôtre? Y a-t-il deux Salpêtrières? Celle des Pinel, des Esquirol, des Voisin, des Delasiauve, des Trélat, des Moreau, des Baillarger, et celle de Charcot ? A vrai dire, les deux écoles, avec des points de départ différents, tendaient au même but et sont destinés à se confondre.

Oser se dire neuropathologiste et ignorer les rapports établis par Baillarger entre la sclérose postérieure et la paralysie générale, serait aussi présomptueux que de prétendre connaître à fond cette terrible maladie sans en avoir étudié les localisations médullaires. A-t-on le secret de tous les malaises dus à l'alcoolisme, si l'on

oublie les névrites qu'il engendre si souvent, et ne voyons-nous pas à l'étranger des aliénistes très convaincus décrire avec détails ce qu'ils appellent la psychose polynévritique ?

Tout n'est pas terminé cependant, et les deux branches de l'École de la Salpêtrière ont encore quelque distance à parcourir avant de s'unir comme les affluents d'un grand fleuve. Le pas qui reste à faire, c'est l'étude des auto-intoxications qui le rendra facile, et le terrain sur lequel la jonction s'opérera n'est autre que celui de la médecine générale elle-même. Sans doute, il est beau d'avoir étudié un par un tous les désordres de la pensée et d'avoir orné chacun d'eux de dénominations suggestives. Les Jussieu de la psychiatrie sont à bout de classifications.

Sans doute, il est excellent d'avoir montré que de minimes lésions suffisent à mutiler les facultés mentales réputées jusqu'alors unes et indivisibles, il faut encore aller plus loin, plus haut et savoir quelle est l'essence de ces phénomènes fugitifs que, dans notre ignorance, nous qualifions de fonctionnels et que nous osons regarder comme indépendants de toute lésion matérielle. Il faut, à nos yeux myopes, de très grosses lésions, et nous nous glorifions quand une cicatrice, un foyer de sclérose ou un rétrécissement vasculaire s'est offert de lui-même à notre observation superficielle. Pourtant, nombre de cas négatifs nous embarrassent et apparaissent contradictoires. Beaucoup les oublient, d'autres s'en emparent pour invoquer des actions à distance que la physiologie reconnaît possibles, ou des actions dynamiques que, seule, la chimie sait expliquer.

Le dynamisme cellulaire, considéré comme la somme des actes biologiques dont la cellule est le siège, est-il donc pour toujours hors de la portée de notre observation directe? A vrai dire, je ne le crois pas, mais pour étudier les délicates modifications physico-chimiques qui suffisent, cela est sûr, pour modifier en plus ou en moins les activités cellulaires, il faut d'autres techniques que les nôtres; il faut s'inspirer des procédés qui ont permis aux cytologues de définir le rôle énorme que jouent, dans la cellule, le noyau et les plastidules; il faut, avec le professeur Gauthier, épier et surprendre les actions et les réactions de la cellule vivante.

Ce travail, si difficile à première vue, il est, vous le savez, commencé.

On peut faire quelques inductions sur une opération chimique quand on en connaît les résidus. Nous pouvons donc, par l'examen des urines, acquérir des idées très vraisemblables sur la composition des urines qui baignent les éléments anatomiques d'un sujet donné. Aussi, ne voyez-vous pas que la génération médicale est en quête de la formule chimique propre aux différents nerveux. L'un montre combien les délires actifs modifient la constitution des urines, tandis que la démence les rend pauvres en éléments de désassimilation. Tel autre poursuit la recherche de la formule uri-

naire de ces multiples syndromes qui sont l'hystérie. Qui donc a démontré qu'en nombre de cas la maladie sacrée, l'épilepsie, n'est qu'une urémie, le crétinisme, un empoisonnement. De tous côtés surgissent des travaux qui, mettant en évidence la toxicité des humeurs, rapportent au conflit de certains poisons, avec les substances albuminoïdes de la cellule, les déviations les plus variées de l'intelligence. Que dis-je? nous savons, depuis les travaux de Bouchard, que la cellule fatiguée s'empoisonne elle-même et peut mourir, tuée par ses propres produits, si les opérations de voirie cérébrale sont entravées de quelque facon. Réunissez les noms de tous ceux qui, dans le cours de ces dernières années, ont produit dans ce sens les meilleurs travaux et vous vous convaincrez qu'avant peu d'années, la chimie et l'histochimie biologiques auront pour toujours uni les aliénistes, les neuropathologistes, les physiologistes et les médecins.

Après ce discours, qui a été accueilli par de justes et unanimes applaudissements, le Congrès aborde la discussion de la première question générale.

RAPPORTS DE L'HYSTÉRIE ET DE LA FOLIE.

M. Gilbert Ballet (de Paris), *rapporteur*. — « L'hystérie, a dit Esquirol, dégénère et passe souvent à la folie et, dans beaucoup de cas, elle n'en est que le premier degré. » Cette proposition qui, dans sa forme vague, est susceptible de plus d'une critique, semble avoir trouvé crédit auprès des aliénistes à une époque où les notions régnantes sur les symptômes et les caractères de l'hystérie manquaient plus que toutes autres de précision. Si l'on parcourt, en effet, les entêtes d'observation ou les certificats d'admission tels qu'on les rédigeait encore il y a vingt ans à peine, on y voit l'hystérie fréquemment mentionnée bien qu'il nous soit souvent difficile de l'y reconnaître aujourd'hui, au moins sous les traits caractéristiques qu'actuellement on lui attribue. Les idées depuis lors se sont notablement modifiées et l'étiquette folie hystérique, qui fut naguère courante, n'est plus que rarement appliquée sous nos yeux dans les asiles.

Ce n'est pas que la pathologie se soit transformée ; et il suffit de parcourir au hasard les services hospitaliers pour s'assurer que l'hystérie n'y est pas moins commune qu'autrefois. On l'y retrouve à chaque pas et on la reconnaît chez des malades qui étaient jadis arbitrairement classés sous d'autres vocables. Ainsi, tandis que l'hystérie devenait moins commune dans les asiles, elle augmentait singulièrement de fréquence dans les hôpitaux ordinaires : c'est qu'il fut un temps où on la voyait là où elle n'était pas, tandis qu'on la méconnaissait souvent où elle était.

La tendance de la psychiatrie est aujourd'hui de mieux délimiter les espèces morbides : de symptomatique elle vise à devenir nosologique. Etudier les rapports de l'hystérie et de la folie ne saurait plus consister à énumérer simplement les troubles mentaux variés qui se peuvent observer chez une hystérique avérée, mais à préciser l'affection mentale caractérisée par ses causes, son évolution aussi bien que par ses symptômes à laquelle se rattachent les désordres cérébraux relevés chez les hystériques.

Pour remplir cette tâche il est nécessaire de bien déterminer au préalable ce que l'on doit entendre par ces deux termes hystérie et folie, l'un s'appliquant à une maladie psychique dont il ne me paraît pas impossible de donner aujourd'hui une définition à peu près précise, l'autre à un ensemble de troubles fort vagues à la vérité, fort variables de physionomie, d'aspect et d'évolution comme les espèces morbides dont ils sont la traduction clinique.

Le mot *folie* a été pris tour à tour dans un sens étendu ou restreint. On l'a considéré quelquefois comme synonyme du délire (vésanique) et plus spécialement de délire intellectuel. L'expression pour Georget devait servir à désigner les idées, les passions, les déterminations différentes de celles du commun; pour Foville, l'état de toutes les personnes qui ne jouissent pas de l'intégrité de leurs facultés intellectuelles, morales et affectives. C'est dans ce sens étendu que nous croyons devoir la prendre.

Définir l'*hystérie* n'est pas chose aisée. Tout le monde est d'accord pour en faire une maladie mentale. Qu'on continue à la classer parmi les névroses ou qu'on en fasse décidément une psychose, peu importe : c'est un fait avéré que les troubles qui la constituent sont d'ordre psychique. Personne ne songe plus à considérer ses manifestations comme des désordres réactionnels consécutifs à des troubles de l'utérus ou de ses annexes.

Mais cette notion, quelque bien établie qu'elle paraisse, ne lève pas la difficulté qu'on éprouve à donner de la maladie une définition exacte et précise. Ni l'étiologie, ni la symptomatologie, ni le trouble psychologique fondamental qui, tout constant qu'il soit, ne paraît pas absolument spécial à l'hystérie, ne nous fournissent, à proprement parler, l'élément de cette définition, au moins d'une définition rigoureuse. Est-ce à dire que l'hystérie ne constitue pas une espèce morbide nettement distincte ayant sa symptomatologie spéciale et sa physionomie propre? En aucune façon.

L'observation clinique, même tout empirique, suffit déjà sinon à circonscrire avec précision le domaine de l'hystérie, du moins à nous montrer les principaux des troubles qui la constituent. En clinique, en effet, on ne se trompe plus sur la valeur et la signification de certains symptômes qui, rares, fréquents ou habituels, révèlent leur commune origine et leur identité de nature en se combinant et s'associant les uns aux autres de telle façon qu'ils

forment les éléments constitutifs d'un tout nosographique : les troubles de la sensibilité générale et spéciale (je rappelle sans décrire), anesthésies ou plaques hyperesthésiques, les désordres moteurs, paralysies, contractures, tics et mouvements choréiques, tremblements, certaines amnésies et aboulies, les attaques, les crises de somnambulisme, les troubles vasculaires et trophiques, pour ne citer que les principaux constituent un ensemble dont les divers éléments par leur coïncidence fréquente, leur alternance possible, les fantaisies apparentes de leur évolution accusent l'étroite parenté. Si l'on est embarrassé pour dire où l'hystérie commence et où elle finit, on ne l'est pas pour affirmer la nature hystérique des diverses manifestations que nous venons de rappeler.

D'ailleurs ces manifestations (la plupart d'entre elles au moins) ont un lien commun qui les rattache les unes aux autres et permet d'affirmer leur communauté d'origine : elles dérivent d'un même trouble du mécanisme cérébral qui paraît être la *caractéristique pathogénique de la maladie.*

Dans ces dernières années, différents auteurs ont mis en relief ce fait que les troubles de nature hystérique tiennent à un état maladif de l'esprit; ils auraient pour point de départ certaines représentations mentales trop fortes ou des associations d'idées trop faciles et trop actives. C'était déjà un progrès considérable d'avoir mis en relief le rôle de l'*idée* dans la genèse des manifestations de l'hystérie, mais c'était un progrès insuffisant. Il restait à montrer que l'idée, qui intervient en pareil cas, diffère de nos idées et de nos représentations ordinaires, qu'elle est une *idée subconsciente.* C'est à cette démonstration qu'ont contribué les recherches de MM. Binet, Myers, Laurent, Breuer et Freud, d'autres encore. Au premier rang de ces travaux il convient de citer ceux de M. Pierre Janet.

C'est un fait qui paraît aujourd'hui avéré et établi que le trouble mental élémentaire de l'hystérie, celui auquel tous les autres sont subordonnés, est un *rétrécissement du champ de la conscience* avec conservation des phénomènes subconscients et *automatiques.* Ceci demande quelques explications.

La *conscience* est un phénomène dont le sens intime nous donne une idée plus juste que ne saurait le faire une définition quelconque. Quand nous sentons, nous nous souvenons, pensons, quand nous voulons ou exécutons un mouvement, nous nous rendons compte que la sensation a lieu, que le souvenir nous rappelle des impressions passées; notre esprit assiste en spectateur aux associations d'idées qu'il forme, aux volitions qu'il élabore et à l'exécution de ces volitions. Mais il faut savoir que la conscience de la sensation, du souvenir ou de la volition n'est pas une condition indispensable à l'accomplissement de ces opérations. Nous pouvons percevoir des impressions, les emmagasiner dans notre mémoire, vouloir des actes sans que l'esprit ait la notion consciente des

phénomènes dont il est le théâtre, et cependant l'observation ultérieure montrera que nous avons conservé le souvenir, que nous avons commandé le mouvement. Pour se convaincre de ce que nous avançons, il suffit d'observer ce qui se passe à l'état physiologique quand notre intelligence vivement sollicitée par une idée semble momentanément étrangère à tout ce qui ne se rapporte pas à cette idée. L'absorption de notre esprit, qui est une des formes de la *distraction*, réduit au minimum la somme des phénomènes conscients. A côté de la sensation, de la mémoire, de la volition *conscientes*, il y a donc des sensations, des souvenirs, des volitions *inconscients*. A la vérité, dans les conditions normales, le domaine de l'inconscient par rapport à celui du conscient est singulièrement réduit. Mais il n'en est pas de même dans l'hystérie.

Chez les personnes affectées de cette maladie mentale, l'*aire de la conscience* (Spencer) se rétrécit d'une façon plus ou moins accusée. Un petit nombre seulement des phénomènes psychiques qu'elle dirige chez les gens bien portants, arrive jusqu'à elle. Elle devient incapable de réunir, de grouper, de synthétiser le même ensemble de notions qu'à l'état physiologique; elle laisse hors de son domaine beaucoup de celles qui y sont d'ordinaire comprises. Une hystérique sent, se souvient, veut comme une personne normale : les expériences et l'observation le démontrent ; mais elle a perdu la conscience d'un certain nombre de ses sensations, de ses souvenirs, de ses volitions : de là des anesthésies, des amnésies, des aboulies, qui ne sont en réalité que de fausses anesthésies, des aboulies apparentes. Les anesthésies sont des esthésies inconscientes, les amnésies des souvenirs inconscients, les aboulies des impuissances de la volonté consciente, mais qui cessent quand les déterminations relèvent de l'activité inconsciente et automatique.

Il résulte de ce qui précède que la sensation et les images qui restent en dehors du champ de la conscience n'en existent pas moins.

Aussi arrive-t-il qu'elles se coordonnent et se groupent de façons différentes pour faire leur œuvre : ce sont elles qui vont présider aux actes automatiques dont le rôle est si important dans la pathologie de l'hystérie. A vrai dire, chez l'hystérique deux personnalités sont toujours en présence, l'une constituée par les agrégats de phénomènes subconscients, l'autre la personnalité consciente qui recevra le contre-coup de ce qui se passe chez la première, que d'ailleurs elle ignore. Cette désagrégation du moi qui met en présence deux activités différentes, l'une consciente, l'autre automatique, nous donne la clef de la plupart des accidents mentaux de l'hystérie. Qu'on ait affaire à un spasme, à une idée fixe, à l'attaque ou au délire, tous ces troubles paraissent résulter non d'une simple représentation mentale telle qu'on en observe dans la vie psychique normale, mais d'idées, souvenirs ou images,

qui, à l'insu du malade, surgissent du fond de l'inconscient.

Il y a plus : ces souvenirs et ces images, négligés par la conscience, peuvent se grouper et s'organiser de façon à constituer par leur ensemble des agrégats psychologiques nouveaux qui entrent en lutte avec la personnalité consciente et dans certains cas la terrasse et l'annihile momentanément. Ainsi sont constitués les états de condition seconde ou de somnambulisme sur lesquels il ne sera pas superflu de nous arrêter quelque peu.

Les notions qui précèdent résument, si nous ne nous abusons, l'état actuel de nos connaissances sur la nature de l'hystérie. C'est à la lumière de ces notions cliniques ou psychologiques qu'il devient possible de démêler dans l'ensemble des troubles mentaux complexes qu'on a, à tort ou à raison, rattachés à l'hystérie, ceux qui relèvent véritablement de cette névrose ou ressortissent à d'autres maladies psychiques.

La raison principale qui explique la fréquence relative de ces associations, c'est que les maladies qui se juxtaposent à l'hystérie ont, comme l'hystérie, pour facteur étiologique principal, la prédisposition héréditaire. Elles font partie à des titres divers de la famille névropathique, dont les membres constitutifs représentent les diverses formes de déviation qu'imprime aux organismes, de génération en génération, une hérédité défectueuse, hérédité nerveuse ou vésanique dans la plupart des cas, hérédité simplement arthritique dans d'autres.

L'observation démontre que la prédisposition fâcheuse qu'apporte à sa naissance le produit d'une génération viciée se manifeste par les formes les plus diverses d'affections nerveuses ou mentales. On conçoit dès lors aisément que plusieurs de ces affections puissent à un moment donné se trouver réunies chez le même sujet.

Mais l'hérédité morbide ne se traduit pas seulement par des prédispositions : elle se manifeste dans d'autres cas, on le sait, par un état durable et permanent, par une déviation indélébile du type physiologique à laquelle on a donné le nom de *dégénérescence*, état caractérisé par des malformations physiques, par de la débilité ou de la déséquilibration mentale avec perversions habituelles des instincts, instabilité de l'esprit qui est porté au doute, aux hésitations, aux craintes morbides, aux impulsions, enfin par une tendance à certaines formes de délire transitoires ou durables.

Or, c'est chose commune de voir l'hystérie se développer sur un fond de dégénérescence. D'ailleurs, cette association relativement fréquente des troubles hystériques et dégénératifs ne semble pas purement fortuite. Il y a une grande ressemblance et une étroite parenté entre eux. Néanmoins il y a des différences, et si la dégénérescence et l'hystérie constituent deux états très voisins, ils n'en sont pas moins distincts.

Il nous faut maintenant étudier l'état mental des hystériques et

les déviations qu'il présente afin de nous rendre compte des rapports qui existent entre l'hystérie et la folie.

Les auteurs anciens attribuaient à l'hystérie toutes sortes de perversions (mensonge, duplicité, esprit de simulation, etc.). M. Charcot a tenté, à juste titre, de « réhabiliter les hystériques » ; il a montré, avec ses élèves, que l'erreur commise dans l'appréciation du caractère des hystériques tenait à ce qu'on avait négligé de faire la distinction entre les troubles qui relèvent de l'hystérie et ceux qui dépendent de la dégénérescence mentale.

Ce qui caractérise l'état mental des hystériques, c'est, dans l'ordre intellectuel, l'amnésie et l'aboulie avec les erreurs, les indécisions, les impuissances que ces troubles entraînent, c'est la difficulté de concentrer consciemment et volontairement l'attention, par suite c'est la mobilité et souvent la contradiction dans les idées, c'est dans l'ordre affectif et moral un sentiment habituel d'impuissance mentale qui porte souvent à la tristesse; une suggestibilité très grande, une émotivité plutôt diminuée avec prépondérance cependant de certaines émotions automatiques.

Mais à côté de ces troubles qui relèvent directement de l'hystérie, il en est d'autres qui dépendent de la dégénérescence mentale. M. Falret a décrit chez les hystériques une *folie morale ou raisonnante*. Quand on parcourt les observations sur lesquelles il s'est appuyé, on voit que l'hystérie est à l'arrière-plan et la dégénérescence mentale au premier.

De même les *impulsions* que l'on a attribuées aux hystériques n'appartiennent pas toujours à l'hystérie, mais souvent à la dégénérescence mentale. Il est vrai que nous manquons d'un criterium sûr pour distinguer dans la pratique celles des impulsions qu'on doit attribuer à la dégénérescence et celles qu'il faut rattacher à l'hystérie.

Ces considérations sur l'état des hystériques montrent qu'on avait été trop loin quand on a voulu faire de l'hystérie une folie. La « réhabilitation des hystériques » a été un effort louable, mais dans cette tentative il ne faudrait pas aujourd'hui dépasser le but. On ne peut, en effet, dénier à l'hystérique une certaine tendance à la simulation. Telle affectée d'anurie, boit plus tard ses urines afin de les vomir et d'ajouter à l'intérêt du symptôme qu'elle a présenté; telle autre, polyurique, exagère son symptôme à l'aide du pot de tisane; celle-ci cherche à induire le médecin en erreur en comprimant avec le bras la cuvette du thermomètre, etc.

Ces quelques exemples montrent que l'état mental des hystériques est susceptible de déviations qui expliquent la tendance qu'on a eue à faire de l'hystérie une folie. On trouve d'ailleurs dans l'attaque d'hystérie des *troubles délirants* qui appartiennent exclusivement à l'hystérie et qu'il convient d'étudier pour arriver à fixer les rapports de la folie et de l'hystérie.

C'est dans la grande attaque que les troubles délirants se manifestent avec le plus de netteté. On les trouve à la phase prodromique, pendant la troisième et la quatrième période de la crise.

Les troubles psychiques de la phase prodromique consistent en modifications du caractère, des sentiments affectifs, de l'activité et des habitudes. Les hystériques paraissent inquiètes, jalouses, soupçonneuses, tristes. Elles sont prises d'une agitation déréglée et maladive. Elles présentent des hallucinations de la vue, de l'ouïe, de la sensibilité générale. Ces phénomènes prennent fin pendant la seconde période ou période épileptoïde. Il y a perte de connaissance et absence au moins apparente de délire. Il n'en est plus de même dans la *période des contorsions, des attitudes illogiques et des grands mouvements*. A la phase des *attitudes passionnelles*, on est en plein délire. La malade est en proie à des hallucinations qui la ravissent et la transportent dans un monde imaginaire.

La quatrième et dernière période de l'attaque porte le nom de *période de délire*. C'est assez indiquer que les conceptions délirantes sont le phénomène capital.

A côté de la grande attaque avec toutes ses phases, il existe des formes incomplètes, frustes. Parmi ces dernières, il en est qui sont, au point de vue spécial qui nous occupe, particulièrement intéressantes : ce sont celles où les phénomènes moteurs s'accentuent ou s'effacent pour céder la place aux manifestations délirantes qui, en s'isolant ou se prolongeant, prennent dans le tableau clinique une part exclusive ou au moins prépondérante. C'est dans ces formes frustes que l'on rencontrera des délires simulant des délires d'autre nature.

Le délire de l'attaque d'hystérie est généralement passager; il supprime ce qui reste de conscience au malade dans l'intervalle des attaques. Mais cet anéantissement de la conscience ne s'observe que dans les formes vraiment accusées de délire. On a expliqué le délire de l'attaque en l'envisageant comme un *rêve* qui se reproduit de temps en temps et se rattache à une idée fixe, c'est-à-dire au souvenir subconscient d'un événement qui a naguère plus ou moins impressionné la malade. Lorsque ce rêve a lieu (au moment de l'attaque) il absorbe à son profit toute l'activité cérébrale et supprime la conscience. Il n'en est pas de même de toutes les idées fixes : quelques-unes d'entre elles peuvent provoquer l'éclosion de certaines idées fausses ou délirantes qui pénètrent dans le champ de la conscience, la troublent dans une certaine mesure, mais ne la suppriment pas.

Pour comprendre ce qui précède, il est nécessaire de rappeler brièvement ce que sont les idées fixes dans l'hystérie. Nous avons montré que les divers phénomènes psychologiques, sensations, souvenirs, idées, se répartissent chez l'hystérique en deux groupes : les conscients et les inconscients, ces derniers n'étant pas agrégés

à la personnalité. Qu'une idée naisse, soit par suggestion, soit spontanément dans l'esprit du malade, sans arriver jusqu'à la conscience (et les idées de ce genre sont communes dans l'hystérie), elle constituera une idée subconsciente, c'est-à-dire que le sujet en ignorera l'existence. Mais cette idée ne sera pas moins susceptible de se traduire en acte à un moment donné. Nous suggérons à une hystérique de venir à une heure indiquée prendre sur la table tel objet qui y est déposé, un encrier par exemple; elle oublie la suggestion, mais néanmoins, à l'heure dite, elle vient s'emparer de l'encrier. Elle le fait automatiquement, poussée par une contrainte dont elle ignore l'origine. Or, cette contrainte résulte de l'ordre que nous avons donné et qui s'était emmagasiné dans la mémoire de la subconsciente. La subconscience est ainsi un réceptacle d'idées plus ou moins nombreuses, spontanées ou provoquées, dont quelque -unes surgissent à un instant donné et déterminent des manifestations de différente nature. Divers troubles somatiques, les hyperesthésies, les paralysies, les contractures résultent de pareilles idées.

Il en est de même de certains tics, de certaines hémorragies. C'est aussi de cette façon que peut s'expliquer l'anorexie: elle se rattache, en effet, à certaines préventions, à certaines défenses ou à des idées fausses dont les malades n'ont plus conscience, mais dont ils conservent néanmoins le souvenir inconscient. Le refus d'aliment est une conséquence qui se présente en clinique isolée des antécédents qui l'expliquent. Par différents procédés qu'il serait oiseux de décrire ici (somnambulisme, écriture automatique, etc.), on arrive à reconstituer les diverses scènes dont l'anorexie est simplement l'épilogue.

Ce qui a eu lieu pour l'hyperesthésie, pour les tics, pour l'anorexie hystérique, a lieu aussi pour certains délires plus ou moins complexes, plus ou moins bien systématisés, plus souvent passagers que durables.

L'étude de ces *délires hystériques* est à peine ébauchée. M. Janet en a étudié quelques-uns; il a montré que ces délires se rattachent à des idées fixes subconscientes, qu'ils ont des caractères très spéciaux qui ont été précisément observés dans tous les accidents hystériques. Ces délires sont produits par le même mécanisme qui amène chez d'autres malades des paralysies, des contractures ou des attaques. Pour en finir avec les troubles mentaux qui ressortissent en propre à l'hystérie, il convient de dire quelques mots du somnambulisme et des délires somnambuliques.

Les somnambulismes peuvent être divisés en somnambulisme *provoqué* et somnambulisme *spontané*, le dernier se subdivisant lui-même en *noctambulisme* et *vigilambulisme*. Le noctambulisme ou somnambulisme nocturne s'observe spécialement chez les enfants. On tend de jour en jour à l'envisager comme une manifestation de l'hystérie; mais comme il est assez spécial et n'a été

jusqu'à présent qu'insuffisamment étudié, nous le laisserons de côté dans cette esquisse. Cette réserve admise, tous les états somnambuliques (exception faite pour l'automatisme ambulatoire des épileptiques qui constituent une variété bien à part), qu'ils soient provoqués ou spontanés, paraissent se rattacher à l'hystérie. Pour l'établir il est nécessaire d'envisager les cas dans lesquels le somnambulisme revêt sa forme la plus complète. Il constitue alors un état second au cours duquel l'individu présente les apparences d'un sujet normal ; il voit, entend, marche, parle, raisonne, se souvient, combine et exécute des actes. Mais au réveil où, si l'on préfère, après le retour à l'état habituel, le souvenir de toutes les pensées, de tous les actes qui ont eu lieu pendant cette *condition seconde*, s'efface et disparaît. L'individu a donc en réalité deux vies séparées et indépendantes, deux personnalités alternantes, qui s'ignorent l'une l'autre.

Comment peut-on s'expliquer ces vies en partie double, ces dédoublements de la personnalité ? Nous savons que ce qui caractérise l'hystérie c'est l'insuffisance de la perception personnelle, le rétrécissement du champ de la conscience. Il y a chez l'hystérique en dehors de ce champ de conscience rétréci une foule de notions, d'idées, de souvenirs qui restent dans le domaine de la subconscience. Ces notions, ces idées peuvent se coordonner en un système qui, sous diverses influences, se substitue aux notions et aux idées conscientes ; elles apparaissent alors au grand jour quand la conscience a été momentanément terrassée par ce système nouveau. Mais il ne faut pas perdre de vue que les phénomènes subconscients peuvent s'agréger en groupes multiples de telle sorte qu'on assistera à l'alternance non plus seulement de deux, mais quelquefois de trois et quatre personnalités différentes. Aussi le mot dédoublement de la personnalité appliqué aux états dont il s'agit n'est-il pas parfaitement exact. M. Binet le remarque avec raison, il peut y avoir simple dédoublement mais aussi morcellement du moi en plusieurs individualités successives et temporaires.

La connaissance de ces faits est indispensable si l'on veut saisir la caractéristique de certains états mentaux observés au cours de l'hystérie et s'expliquer les dissociations de la personnalité qu'on y observe si communément.

Chez les hystériques, à côté des troubles mentaux qui relèvent directement de l'hystérie, il n'est pas rare d'en observer d'autres qui n'ont pas de relation, au moins directe et immédiate, avec la névrose. Nous avons insisté précédemment d'une part sur le rôle important que joue l'hérédité dans la genèse de l'hystérie et, d'autre part, sur l'association fréquente aux stigmates hystériques des tares dégénératives. On conçoit dès lors qu'il ne soit pas surprenant de voir chez les hystériques se juxtaposer aux troubles qu'elles présentent d'habitude, les divers délires que l'hérédité

névropathique et vésanique et la dégénérescence peuvent faire éclore. Aussi bien, lorsqu'on fait le bilan des délires qui ont été plus ou moins arbitrairement confondus dans le groupe confus de la folie hystérique, y trouve-t-on, conformément aux idées de Krafft-Ebing, des psycho-névroses (première crise ou mélancolie) et des délires qui portent l'empreinte de la dégénérescence.

Ces variétés de folie ne sauraient être plus longtemps confondues avec les manifestations propres de la névrose. C'est pour n'avoir pas su les mettre à leur véritable place dans le cadre nosologique que jusqu'à ces derniers temps les auteurs ont étendu outre mesure le domaine de la folie hystérique et surchargé étrangement sa description. C'est qu'en effet il n'est pas une seule des formes de la folie qui ne puisse s'associer à l'hystérie. Parmi ces associations, il en est quelques-unes que nous ne ferons qu'indiquer.

On sait combien il est fréquent de voir l'hystérie se juxtaposer à l'épilepsie [1]. On sait d'autre part combien chez les hystériques les intoxications sont communes. On y observe couramment l'alcoolisme, le morphinisme, le cocaïnisme. Qu'elles soient antérieures ou consécutives à l'apparition de la névrose, elles combinent leurs manifestations mentales avec celles de cette dernière affection. Au cours de l'hystérie, on peut voir se développer des accès de manie ou de mélancolie, dont on a fait des *manies* et une *mélancolie hystériques*. Cette dénomination est-elle justifiée ? c'est ce qu'il s'agit d'examiner. Il n'est pas douteux que le délire hystérique puisse, dans quelques cas, revêtir une physionomie qui le rapproche de la manie. Chez les enfants particulièrement, les réactions provoquées par le rêve qui représente la phase délirante de l'attaque, sont assez accusées pour qu'au premier abord on puisse penser qu'on est en présence d'un état maniaque d'autre nature. Mais dans ces cas, la prédominance des hallucinations visuelles, les caractères du délire qui est surtout un délire de mémoire, sa courte durée, la constatation de quelques-uns des phénomènes moteurs qui se montrent d'habitude dans les crises hystériques complètes, permettront de reconnaître à quoi l'on a affaire.

Il n'en est pas toujours ainsi et en dehors des accès maniaques transitoires que leur brève durée, sans parler des autres caractères, autorise à considérer comme des équivalents de l'attaque hystérique, on en voit d'autres d'une durée de plusieurs semaines ou même de plusieurs mois. Telle la *manie hystérique* qui, suivant M. Sollier, se manifeste par un besoin incessant de mouvement, non par une agitation incoordonnée, comme celle de la manie vraie, mais par des accès d'automatisme ambulatoire et des déplacements continuels. Les malades sentent souvent que leur accès va les prendre et en préviennent l'entourage. Les malades se livrent

[1] Il nous semble prudent de faire des réserves à cet égard. (B.)

à des actes extravagants, ayant un caractère de malice, comme s'ils le faisaient exprès, et répètent aussitôt ce qu'on leur défend de faire ou de dire. Ils sont la contradiction perpétuelle. Souvent violents, quand ils ont des caprices qu'on ne veut pas satisfaire, ils frappent, déchirent, menacent. Ils sont exigeants, ont des accès de colère et paraissent toujours conserver la conscience de leurs actes. Cette persistance apparente de la conscience est un caractère très important. Mais en réalité ils n'ont qu'une conscience très vague de ce qu'ils font, car ils n'en conservent guère le souvenir une fois guéris. Ils aiment à se rouler par terre, à se cacher sous les meubles, à faire toutes les niches possibles à leur entourage. Leur délire est surtout un délire d'acte. Quant aux discours, ils ne sont que rarement incohérents et traduisent seulement une grande mobilité dans les idées et les volitions.

Les faits de cet ordre sont jusqu'à présent difficiles à classer. Les rattacher sans autre forme de procès à la dégénérescence mentale, comme le propose M. Colin, c'est aller vite. Il serait utile de recueillir un certain nombre des observations qui s'y rapportent, d'en noter avec soin les détails et peut-être alors pourrait-on se faire sur leur nature une opinion précise dont jusqu'à présent les éléments nous font défaut.

Les idées mélancoliques ne sont pas rares chez les hystériques. En dehors de l'état d'habituelle tristesse, dont nous avons déjà parlé et qui constitue le trait le plus saillant du caractère de certaines de ces malades, on constate chez elles des délires lypémaniaques transitoires qui se relient étroitement soit aux conceptions délirantes de l'attaque, soit à des idées fixes ou à des rêves. Mais indépendamment de ces derniers, on voit quelquefois la mélancolie franche se développer sur un fond d'hystérie.

Suivant Schüle, la *mélancolie hystérique* aurait certains caractères spéciaux : la prédominance de l'élément névralgique, les hallucinations, l'apparition fréquente de la sensation de constriction pharyngée, la permanence par delà le délire du tempérament hystérique tel qu'on le concevait naguère ; avec la tendance aux exagérations, aux doléances excessives. Ce sont là des caractères très vagues.

M. Joffroy. — La question que nous avons à discuter aurait tout aussi bien pu se poser ainsi : « Des rapports de l'hystérie et de la dégénérescence mentale. » M. Ballet, d'ailleurs, semble s'être placé sur ce terrain dans son rapport.

C'est qu'en effet il est très fréquent d'observer l'association de l'hystérie et des nombreuses formes de la dégénérescence mentale. On peut dire que l'hystérie se développe habituellement sur un terrain dégénéré. On peut même aller plus loin et se demander si l'hystérie n'est pas une des modalités de la dégénérescence.

Tout d'abord il est certain que les limites de l'hystérie sont difficiles à préciser et les états qui lui confinent sont précisément des manifestations variées de la dégénérescence. La coexistence de ces accidents de dégénérescence et de l'hystérie ne prouve pas que cette dernière soit elle-même de la dégénérescence; 'cest tout au plus une présomption en faveur de la nature dégénérative de l'hystérie.

Un motif d'une plus grande valeur se trouve dans ce fait que les syndromes de dégénérescence et l'hystérie ont tous pour facteur étiologique principal la prédisposition héréditaire. Et de la communauté d'origine on est presque porté à conclure à la communauté de nature.

Je sais bien que M. Ballet établit une distinction entre la prédisposition héréditaire et la dégénérescence, mais cette distinction me paraît bien subtile. « L'hérédité, dit-il, ne se manifesterait pas seulement par des prédispositions, dans d'autres cas elle se manifesterait « par un état durable et permanent, par une déviation « indélébile du type physiologique ». Ce serait là la dégénérescence Et plus loin : « la dégénérescence s'entend actuellement d'un état caractérisé par des malformations physiques, par de la débilité ou de la déséquilibration mentale avec perversions habituelles des instincts, instabilité de l'esprit qui est porté au doute, aux hésitations, aux craintes morbides, aux impulsions, enfin par une tendance à certaines formes de délire transitoires ou durables ». J'avoue que je ne vois pas nettement la limite qui sépare la prédisposition héréditaire et la dégénérescence et le sujet qui a « une tendance à certaines formes de délires transitoires ou durables » me semble pouvoir être classé aussi bien parmi les prédisposés que parmi les dégénérés.

Il y a cependant une certaine différence entre ces deux termes : dégénérescence et prédisposition ; c'est que la dégénérescence s'est déjà traduite par des symptômes plus ou moins frappants, plus ou moins nombreux, tandis que la prédisposition peut être restée silencieuse, l'occasion ne s'étant pas encore présentée. La prédisposition, en un mot, c'est la dégénérescence à l'état latent. Et dire que le facteur étiologique principal de l'hystérie est la prédisposition héréditaire, cela revient à dire que l'hystérie est une des modalités de la dégénérescence.

En résumé on peut dire : 1° l'hystérie et les manifestations indiscutables de la dégénérescence mentale se rencontrent fréquemment chez le même malade; 2° l'hystérie et la dégénérescence mentale ont le même facteur étiologique principal : l'hérédité; 3° l'hystérie et les principales manifestations de la dégénérescence mentale sont régies par des altérations identiques du mécanisme mental.

Ne sont-ce pas là des motifs suffisants pour regarder tous ces phénomènes comme étant de même nature et conclure que l'hystérie

est une des nombreuses modalités de la dégénérescence mentale.

Cela n'empêche pas l'hystérie d'avoir son individualité clinique, mais cela lui fixe une place dans nos classifications nosologiques. La maladie de Morvan n'est bien qu'une modalité de la syringomyélie et cela n'empêche pas que le malade affecté de la maladie de Morvan doit être distingué cliniquement du syringomyélique qui présente l'ensemble symptomatique de la sclérose latérale. De même l'hystérie doit être séparée des autres formes de la dégénérescence.

Ces considérations me permettent de poser les conclusions suivantes :

1° L'hystérie est une des formes de la dégénérescence mentale ;

2° Sur ses confins, l'hystérie se confond avec certaines manifestations dégénératives, sans qu'il soit conforme aux faits de placer entre elles une limite précise ;

3° Il y a lieu en clinique de conserver à l'hystérie son individualité et de la distinguer autant que possible des autres modalités de la dégénérescence ;

4° Pour cela il convient de n'accorder la dénomination d'hystérique qu'aux accidents qui se rattachent ou dérivent directement de l'attaque d'hystérie complète ou fruste ou d'une autre manifestation indubitablement hystérique telle que le somnambulisme spontané.

M. Pitres. — J'ai eu cette année dans mon service à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, une malade dont l'étude clinique m'a permis d'étudier, dans des conditions très favorables, le rôle de *l'inconscient* dans la pathogénie et le traitement de certains accidents psychiques de l'hystérie. Voici le fait :

Louise Cr., âgée de trente-sept ans, marchande de quatre saisons, a eu en 1887 une série d'accidents hystériques dont elle guérit rapidement. Le 20 décembre 1893, elle fut soumise à un choc émotionnel violent. Elle conduisait sa voiture ayant à ses côtés un de ses enfants âgé de trois ans, quand tout d'un coup le cheval effrayé s'emballa. Dans un heurt du véhicule contre le trottoir, l'enfant fut projeté en avant et précipité sous les pieds du cheval. Quelques mètres plus loin la mère tombe à son tour. Elle se relève et se précipite chez un pharmacien où son enfant avait été conduit. En ouvrant la porte de l'officine elle s'évanouit. Quand elle reprit ses sens elle demanda son enfant, et comme on tardait à lui montrer, elle crut qu'il était mort. Mais on le lui rapporta bientôt vivant.

Trois jours après elle eut une grande attaque d'hystérie convulsive suivie d'une scène de délire bruyant dans laquelle elle revécut les principaux épisodes de la scène du 20 décembre.

Le 20 février, Louise Cr... étant entrée à l'hôpital, j'assistai à diverses reprises à ce délire de reviviscence. A l'état de veille aussi

bien qu'à l'état d'hypnose provoquée, la malade se souvenait de tous les détails de l'accident et parfois le souvenir de la scène déterminait une grande attaque d'hystérie suivie d'un délire toujours identique dans lequel la malade voyait son enfant écrasé et se lamentant de sa mort tragique.

Je suggérai à la malade que désormais, quand elle penserait à l'accident dont son fils avait failli être victime, elle songerait aussitôt à son peu de gravité et que son fils lui apparaîtrait sain et sauf, souriant et bien portant. L'effet fut des plus heureux. Les attaques convulsives et délirantes disparurent très rapidement, et, s'il y en avait encore, elles furent très légères. La malade voyait bien le cheval emporté, son enfant tombant, mais elle s'écriait aussitôt : « Ah ! quelle chance, tu n'es pas blessé ; tu l'as échappé belle ! »

Débarrassée de ses attaques, la malade conservait un certain nombre d'accidents qui la retenaient à l'hôpital. Elle se plaignait de céphalées, de palpitations ; elle avait une arthralgie sans lésions appréciables du genou gauche. J'essayai de faire passer ces accidents par suggestion ; je n'y réussis pas. Cette malade se plaignait toutes les nuits, elle avait des rêves désagréables. Je lui suggérai d'avoir des rêves agréables. Cela réussit à merveille. Son caractère se modifia avantageusement.

Me souvenant du rôle curateur joué par les rêves dans les temples d'Esculape et dans les observations de quelques hystériques anciennes, notamment dans celle de sœur Marie-des-Anges qui guérit d'une pleurésie après que saint Joseph lui eut, dans un rêve, frictionné le côté, j'essayai d'employer ce moyen pour débarrasser notre malade de ses souffrances.

Je lui dis un jour, après l'avoir hypnotisée, que l'interne du service viendrait la voir cette nuit et la guérirait de ses maux de tête en lui frictionnant les tempes avec un baume qu'il possède et qu'elle serait guérie. Le lendemain elle ne souffrait plus de la tête. L'arthralgie, les palpitations disparurent successivement par le même procédé. D'où je conclus que certains accidents hystériques, inaccessibles à la suggestion directe, sont accessibles à la suggestion par le rêve.

M. Régis. — M. Ballet a cherché, suivant l'expression de Charcot, à réhabiliter les hystériques. Il ne va pas jusqu'à nier que les hystériques aient des perversions du caractère et des instincts, mais pour lui ces perversions, moins communes qu'on ne l'a dit, n'appartiennent pas à l'hystérie, elles relèvent de la dégénérescence qui coexiste souvent avec elle. Il y a là, à mon sens, une exagération évidente. Tout d'abord, est-il vrai que les perversions soient rares chez les hystériques ? Je ne le crois pas, car tous les jours on en rencontre des exemples significatifs. En voici un qui me paraît topique :

J'ai vu récemment à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, une malade qu'on supposait être atteinte de méningite et qui présentait depuis plusieurs semaines ce phénomène singulier d'une température au-dessus de 41°. Devant la persistance de cet état qui résistait à tous les traitements, on commençait à se demander déjà s'il ne serait pas utile de recourir à une trépanation.

Quand je vis la malade pour la première fois, la visite venait de finir. Nous restâmes auprès d'elle après lui avoir placé le thermomètre dans l'aisselle. Pendant que nous attendions la montée du thermomètre, la malade était inquiète, souffrante, répondait d'un air maussade à nos questions. Nous retirâmes le thermomètre au moment voulu; il était monté seulement à 38°; alors que quelques instants auparavant il avait marqué 41°. Placé dans le vagin, malgré l'impatience de la malade qui s'agitait visiblement, le thermomètre se maintint aux environs de la normale. Les soupçons étant éveillés, l'interne de service constata le soir même la supercherie et la malade vexée ne tarda pas à quitter l'hôpital. J'appris alors qu'elle avait été précédemment dans un autre service pour hystérie.

Voilà un fait qui, ce me semble, ne peut laisser place au doute. On en pourrait citer d'autres qui prouveraient une fois de plus que la perversité des hystériques existe. Mais cette perversité appartient-elle à l'hystérie ou relève-t-elle de la dégénérescence? C'est cette dernière opinion que soutient M. Ballet en admettant que la dégénérescence coexiste fréquemment avec l'hystérie.

Il est possible que l'idée de M. Ballet réponde à une réalité nosologique, mais où sont les preuves? On a dit qu'un très grand nombre d'hystériques n'ont jamais présenté de perversions tandis qu'on les rencontre, au contraire, journellement chez les dégénérés simples qui ne montrent aucun stigmate d'hystérie. Cela est vrai, mais ce qui est plus vrai encore, c'est que les perversions des hystériques affectent un caractère spécial et qui leur est propre. Je le demande à M. Ballet lui-même; lorsqu'on lui apprend qu'une malade fait ce qu'on me permettra d'appeler « le coup du thermomètre » dans les conditions que j'indiquais tout à l'heure, se borne-t-il à déclarer qu'il s'agit d'une dégénérée? Lorsqu'une femme aura inventé des histoires romanesques, compliquées bien que toujours vraisemblables, où jouent surtout un rôle les mystères de naissance, les secrets de grande famille, etc. (cas publiés), dira-t-il encore que cette femme est une simple dégénérée? Je n'ose le croire, mais, pour ma part, je n'hésiterais pas, non à affirmer, mais tout au moins à soupçonner l'hystérie.

On peut donc soutenir qu'il y a une perversité fréquente et souvent typique dans l'hystérie et que cette perversité dépend ou de l'hystérie elle-même ou du caractère spécial que l'hystérie imprime à la dégénérescence concomitante.

Un autre point du rapport de M. Ballet que je tiens à relever, mais alors pour l'approuver, c'est celui qui a trait à l'analogie du rêve avec certains états hystériques. Je crois, pour ma part, que le rêve joue un grand rôle dans les phénomènes hystériques, surtout dans les phénomènes mentaux. Mais les hystériques n'ont pas la spécialité de ces délires qui paraissent dépendre de rêves. Le délire des alcooliques, comme le disait Lasègue, n'est pas un délire, mais un rêve.

On trouve des délires analogues dans les auto-intoxications. Je poursuis depuis longtemps l'étude clinique du délire dit fébrile ou infectieux et j'ai été frappé de ce fait que ce délire est une sorte de rêve allant depuis le rêve immobile et muet jusqu'au rêve d'action en passant par le rêve simplement parlé. Comme le rêveur hypnagogique, le malade, si gravement atteint qu'il soit, fait entrer la réalité ambiante dans sa conception hallucinatoire, et si vous le secouez ou si vous lui adressez une brusque interpellation, il revient à lui, vous répond correctement, puis retombe aussitôt dans sa fantasmagorie, absolument comme le rêveur qu'on arrache à son sommeil ou l'alcoolique à son délire.

Tous ces états sont des empoisonnements par des voies différentes de l'organisme; il semble que le délire du rêve soit comme la caractéristique des intoxications et que, par ce côté-là, encore, l'hystérie peut être considérée comme une intoxication ainsi que certains auteurs l'ont soutenu.

Tels sont les deux points du rapport de M. Ballet à propos desquels je désirerais présenter quelques réflexions. Je parlerai à peine de la *folie hystérique*. Je crois, pour ma part, que les hystériques sont susceptibles d'être atteintes d'une folie véritable, peut-être moins fréquemment qu'on ne pense et que cette folie peut revêtir chez elles, par suite du terrain sur lequel elle se greffe, certains caractères plus ou moins spéciaux dont les principaux sont peut-être la persistance au milieu de la perturbation psychique la plus désordonnée en apparence, de la conscience, de la lucidité, du retour brusquement possible à l'état normal, qui paraissent ne jamais se perdre, pour ainsi dire, dans l'hystérie.

M. Falret. — Je ne veux discuter du rapport de M. Gilbert Ballet que le point relatif à la folie hystérique. Tout d'abord M. Ballet a voulu, suivant l'expression de Charcot, réhabiliter les hystériques. Je ne crois pas qu'il y soit arrivé. Les caractères généraux qu'on a attribués à l'hystérie sont basés sur des recherches cliniques; ils sont vrais, ils doivent être conservés. Le type de l'hystérique menteuse, coquette, etc... restera toujours l'expression de la vérité.

M. Ballet ne croit pas à la folie hystérique; suivant lui, quand la folie s'observe chez une hystérique, c'est que celle-ci est entachée de dégénérescence. Voilà un mot bien vague. Dire d'une

folie que c'est une dégénérescence c'est remplacer un mot par un autre, ce n'est pas définir.

Je crois, pour ma part, à la folie hystérique. Certes, la manie hystérique, décrite par Morel, n'a pas des caractères absolument déterminés, mais une étude clinique attentive et prolongée permet d'affirmer que l'hystérie imprime à la maladie mentale un cachet particulier et l'on trouve à la manie, à la mélancolie hystériques, quelques caractères spéciaux.

A coup sûr ces caractères ne sont pas aussi nettement déterminés que ceux de la manie épileptique, mais on arrivera, sans aucun doute, à les préciser en se plaçant sur le terrain de la clinique, en laissant de côté les considérations psychologiques intéressantes sans doute, mais dont on abuse aujourd'hui.

J'ai eu dans mon service plusieurs malades atteintes de manie hystérique. Ce qui me paraît caractériser cette affection et ce qui la différencie de la manie ordinaire, c'est que dans la première on constate une incohérence beaucoup moins marquée dans le langage qui est moins haché et plus brillant. Un caractère encore de la folie hystérique c'est l'idée fixe.

De plus, la manie hystérique s'observe chez des sujets jeunes; elle guérit vite, mais elle est sujette à des rechutes. Et l'on voit fréquemment, après plusieurs attaques de manie aiguë rémittente, l'affection passer à l'état chronique. Dans la manie habituelle la guérison est moins rapide, elle se fait graduellement; les rechutes sont moins marquées. En somme, on peut dire que l'hystérie aggrave le pronostic des manies et leur donne un cachet particulier.

M. Vallon. — Je crois, pour ma part, qu'il existe une manie hystérique ainsi que l'avait établi Lasègue. C'est dans le langage que l'on trouve le meilleur caractère différentiel entre la manie hystérique et la manie habituelle. Le maniaque hystérique a un langage moins télégrammatique. Ses gestes sont moins désordonnés; ils ont quelque chose de théâtral. Il semble que l'on retrouve chez l'hystérique, le comédien qu'il est toujours.

M. Cullère. — Renaudin avait signalé l'existence d'un phénomène intéressant chez les maniaques jeunes et probablement hystériques. C'était la présence d'une anesthésie qui disparaissait après l'attaque, j'ai eu l'occasion d'observer des cas semblables.

M. Gilbert Ballet. — M. Joffroy pense que l'hystérie est une maladie de dégénérescence. Il ne voit pas la différence qui existe entre la prédisposition et la dégénérescence. Cette différence existe cependant. Appellera-t-on dégénérée cette jeune femme qui, normale jusque-là, qui toujours intacte au point de vue intellectuel, devient tout à coup une hystérique à la suite d'ue profond chagrin, d'une émotion violente? Je ne crois pas que la chose soit possible. Un dégénéré est un être qui, quelle que soit la cause qui

l'ait conduit à la folie, a toujours différé des autres, qui a toujours présenté une instabilité mentale. Il ne faut pas ôter ce sens au mot de dégénérescence; autrement il sera impossible de s'entendre. Que l'hystérie et la dégénérescence soient deux états voisins, d'accord, mais affirmer que c'est la même chose est une erreur.

J'accorde à M. Falret que ce sont les enseignements de la clinique qui doivent appuyer les classifications que nous essayons de faire, mais je ne vois pas en quoi les données de psycho-physiologie peuvent nuire à la clinique. Si je me suis appuyé sur les enseignements de la psycho-physiologie, c'est que j'estime qu'il n'est pas possible de faire autrement quand on traite d'un sujet comme l'hystérie. — La séance est levée.

Le soir, M. Lécuellé, maire de Clermont, a offert le vin d'honneur aux membres du Congrès, dans la salle de la Société lyrique, place du Poids-de-l'Hôtel-de-Ville. La réception a été des plus cordiales. Toutefois, en raison de ce fait qu'un certain nombre de congressistes avaient choisi Royat comme lieu de séjour, l'assistance s'est trouvée quelque peu diminuée. En pareille circonstance il serait à désirer que tous soient présents.

Séance du 7 août (matin). — Présidence de M. Pierret.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES RAPPORTS DE L'HYSTÉRIE ET DE LA FOLIE.

M. Mendelsohn (de Moscou) prend la défense de la *psychologie expérimentale appliquée à la clinique psychiatrique ;* il montre à ce sujet la possibilité de mensurations psychométriques intéressantes, et développe la théorie d'après laquelle la folie hystérique pourrait être considérée comme un équivalent psychique des accidents convulsifs moteurs.

M. Joffroy. — M. Ballet ne veut pas admettre que l'hystérie ne soit qu'une modalité de la dégénérescence; l'hystérie, selon lui, peut exister chez des sujets indemnes de tout stigmate dégénératif. Ce n'est pas là, je crois, une raison suffisante pour rejeter l'existence de la dégénérescence. Comme la prédisposition, celle-ci peut exister à l'état latent. En effet, lorsque sur vingt femmes qui sont soumises à la même émotion, j'en vois une seule devenir hystérique, il me faut nécessairement admettre, même en l'absence de toute tare névropathique constatable, que cette femme était différente des autres, en un mot que c'était une prédisposée chez laquelle la dégénérescence mentale existait à l'état latent.

M. Brissaud (de Paris). — La divergence des opinions soutenues par MM. Joffroy et Ballet tient à ce que tous les auteurs ne donnent pas au mot dégénérescence la même signification, les uns lui accordant une valeur symptomatique, les autres une valeur étiologique. M. Joffroy confond, je crois, deux choses absolument différentes : la prédisposition et la dégénérescence. On peut admettre à la rigueur l'existence d'une prédisposition latente, lorsqu'à la suite d'un traumatisme, par exemple, on voit un sujet jusque-là bien portant présenter des manifestations hystériques. Mais un état dégénératif dont la connaissance est fondée sur un ensemble de caractères somatiques appréciables ne peut être latent ; s'il est latent, c'est qu'il n'existe pas.

M. Joffroy. — Si M. Brissaud veut se donner la peine de parcourir les observations d'hystéro-traumatisme qui ont été publiées, il verra que presque toujours on a noté chez ces malades l'existence d'un ou de plusieurs stigmates de dégénérescence ; je suis donc autorisé à affirmer qu'il n'y a guère que les dégénérés qui, sous l'influence d'un traumatisme, soient susceptibles de présenter des accidents hystériques.

M. Pitres. — Il n'est pas douteux que les sujets qui deviennent hystériques au moment de leur puberté ont presque tous présenté dès leur plus tendre enfance un certain nombre d'accidents nerveux : crises et hoquets, quintes de toux, attaques syncopales, etc.; mais ces accidents n'autorisent pas à considérer ces sujets comme des dégénérés. Cette remarque s'applique à plus forte raison aux individus qui sont atteints de paralysies ou de contractures hystériques à la suite de fortes commotions physiques ou morales. Je crois donc avec M. Ballet qu'on peut devenir hystérique sans être un dégénéré.

M. Pierret (de Lyon). — Au cours de cette discussion, je crois qu'on s'est un peu trop occupé des facteurs étiologiques de l'hystérie et pas assez de ses rapports avec la folie : c'est pour ce motif que je vous demande la permission de vous présenter quelques remarques sur la folie hystérique proprement dite, que je n'hésite pas à élever au rang d'entité morbide. Les arguments que j'invoquerai pour défendre cette conception ne sont pas nombreux, mais ils me paraissent devoir emporter la conviction. Personne ne conteste aujourd'hui que certaines attaques d'hystérie ne puissent être remplacées par des crises de manie qui constituent une forme fruste de l'attaque. Il s'agit seulement de savoir si les accès de manie hystérique sont assez caractéristiques pour pouvoir être différenciés des autres variétés de manie ; je n'hésite pas à répondre par l'affirmative. On peut faire ce diagnostic en s'appuyant : 1° sur la prépondérance des troubles psycho-sensoriels, ainsi que cela s'observe dans les délires toxiques ; 2° sur l'état de semi-conscience des sujets

(une interpellation brusque suffit à les sortir de leur rêve et à les ramener temporairement à la vie réelle); 3° par la parfaite concordance qui existe entre les différentes formes de l'expression mimique et les conceptions délirantes. Quand je trouve ces caractères réunis chez une maniaque, je n'hésite pas à diagnostiquer l'hystérie et cela en l'absence de tout renseignement anamnestique, aussi bien qu'en l'absence de toute tare névropathique, de tout stigmate de dégénérescence.

La dégénérescence n'est pas une doctrine médicale, je me ferais un crime de l'enseigner à mes élèves; en agissant autrement, j'en ferais peut-être de mauvais anthropologistes, mais à coup sûr ils ne deviendraient jamais des médecins.

La discussion du premier rapport, dû à M. Ballet, a été des plus intéressantes et montré combien était justifiée la réunion des neurologistes aux aliénistes, ainsi que les *Archives* et le *Progrès Médical*, dès l'origine l'ont demandée.

DES NÉVRITES PÉRIPHÉRIQUES.

Le Congrès a passé ensuite à la discussion du second rapport, dû à M. le Dr P. Marie (de Paris). Toutefois, en raison de l'absence de l'auteur, motivée par une indisposition, la discussion a porté principalement sur la communication de M. Barbinski. Toutefois nous croyons utile d'extraire du rapport de M. Marie les conclusions suivantes :

Un certain nombre de doctrines opposées partagent actuellement les médecins sur la nature des névrites périphériques. Pour les uns, Leyden, Déjerine, Pitres et Vaillard, etc., les polynévrites seraient dues à l'altération directe produite par l'agent morbide sur les fins ramuscules nerveux, l'expression « névrite périphérique » exprimerait donc d'une façon tout à fait exacte le procédé par lequel se font les lésions dans cette affection. Pour quelques-uns (Joffroy et Achard), les névrites périphériques ou tout au moins celles d'entre elles qui se voient au cours d'une affection des centres nerveux (tabes, sclérose latérale amyotrophique) ne seraient qu'une lésion surajoutée, secondaire, due indirectement à l'altération des centres nerveux par suite du trouble diffus de la nutrition qui est la conséquence de cette altération. Pour d'autres auteurs (Leyden, Strümpel, Vierordt, F. Raymond, Minkowki, etc.), l'agent morbide agirait bien d'une façon directe sur les nerfs phériphériques, mais il pourrait en outre provoquer en même temps d'une façon également directe l'altération d'autres organes, tels que la moelle et les muscles.

Enfin, d'après une autre doctrine (Erb, — Remak, Eisenlohr, Stieglitz, etc., pour la névrite saturnine, — Babinski), les altérations des nerfs périphériques seraient sous la dépendance des lésions qu'a provoquées dans les centres nerveux l'agent morbide. Tout d'abord, au seul point de vue de la clinique, un certain nombre de faits donnent sinon la preuve, du moins l'impression qu'on a affaire à une altération d'origine centrale. Comment, en effet, dans l'hypothèse d'une origine périphérique, expliquer la *symétrie* à peu près constante et complète aussi bien des troubles moteurs que des troubles sensitifs; comment expliquer aussi l'*incongruence de la localisation* de ces différents troubles avec le trajet des troncs nerveux ? Anesthésie par segments; — conservation de certains muscles (long supinateur, etc.), alors que les autres muscles innervés par un même nerf sont paralysés; — résultats divers fournis par l'électrisation sur les muscles appartenant à un territoire nerveux unique. Enfin le fait que la paralysie atrophique de la polynévrite ne présente en réalité aucun caractère différentiel par rapport à la paralysie atrophique consécutive à la poliomyélite est bien de nature à faire supposer que toutes deux ont la même origine.

Quant à l'anatomie pathologique, s'il est vrai qu'elle nous montre les lésions des nerfs périphériques comme ayant une intensité toute particulière, il ne s'ensuit pas qu'elle permette d'affirmer l'indemnité absolue des centres nerveux. En effet, nous savons que dans la polynévrite le cerveau est souvent atteint, ainsi qu'en témoignent les troubles psychiques dont il a été question plus haut. Nous connaissons aussi des cas dans lesquels ont été constatées des lésions du nerf optique qui est en somme une portion de l'encéphale. Pour ce qui est de la moelle qu'un certain nombre d'auteurs ont déclarée indemne, plus les travaux se multiplient, plus les méthodes d'examen se perfectionnent, plus aussi on trouve les cellules de la substance grise altérées ; à tel point que la tendance générale est aujourd'hui de considérer les lésions de la moelle comme concomitantes à celles des nerfs périphériques. Il faut, en outre, ne pas perdre de vue, ainsi que l'a fait remarquer Babinski, que la substance grise médullaire n'est pas le seul centre trophique des nerfs périphériques et qu'à cet égard les ganglions spinaux jouent un rôle important. Nous ne savons encore rien ou à peu près rien de la manière dont ils se comportent dans la polynévrite et si nous ne sommes autorisés à affirmer qu'ils sont altérés, nous ne le sommes pas davantage à déclarer qu'ils sont indemnes.

Quant à ce qui est des lésions des nerfs periphériques eux-mêmes, quelque intenses qu'elles paraissent, elles ne présentent peut-être pas toute l'importance qu'on a voulu leur attribuer. En tous cas, on ne peut prétendre qu'elles soient proportionnelles aux symptômes présentés par les malades. En effet, il est de connaissance vulgaire aujourd'hui que dans bien des cas de maladies

graves, de cachexie d'origines diverses, et même simplement chez les vieillards, on observe des lésions des nerfs périphériques tout à fait analogues, aussi bien comme aspect que comme intensité, à celles qui caractériseraient la polynévrite, sans que cependant les malades aient présenté aucun des troubles moteurs ou sensitifs propres à la polynévrite. C'est cet état que les nombreux auteurs qui s'en sont occupés (Oppenheim et Siemerling, Gombault, etc...) ont décrit sous le nom de *névrites latentes*. Un argument auquel les partisans de l'origine périphérique de la polynévrite attachent une grande importance, est celui tiré de l'intégrité des racines antérieures. Comment, disent ces auteurs, pourrait-on admettre que l'altération des nerfs périphériques puisse être due à des lésions de la substance grise médullaire alors que dans les racines antérieures on ne constate, même dans des cas de longue durée, aucune trace de dégénération? — Je crois avoir montré que cette intégrité des racines était loin de présenter l'importance qu'on lui a prêtée, car il m'a été donné, dans plusieurs cas d'altérations diverses de la substance grise bien caractérisées, englobant les fibres radiculaires intra-médullaires, de constater cette intégrité des racines antérieures. Cet argument n'a donc, à mon avis, nullement la valeur qui lui a été attribuée. D'ailleurs, pour combattre cet argument avant que fût faite la démonstration que je viens de rappeler, les partisans de l'origine centrale de la polynévrite avaient invoqué cette hypothèse que dans les lésions des centres les parties qui dégénèrent les premières sont les parties périphériques, celles qui sont les plus voisines des centres (notamment les racines antérieures) restant en apparence intactes, pendant un temps plus ou moins long. C'est là, en effet, si cette hypothèse est exacte, une manière très plausible d'expliquer l'intégrité des racines antérieures et des troncs nerveux dans la polynévrite, tout en admettant l'origine centrale de celle-ci. Mais si l'origine centrale de la polynévrite typique me semble devoir être admise, il ne s'ensuit pas que dans tous les cas de polynévrites l'origine périphérique doive être rejetée *a priori*. La névrite lépreuse, par exemple, et certains cas de névrité vasculaire peuvent fort bien reconnaître ce mode de production. Il y aurait donc lieu, parmi les névrites périphériques, de distinguer celles qui sont de cause centrale et celles qui sont réellement de cause périphérique. En résumé, l'un des points les plus intéressants de l'étude de la polynévrite est incontestablement celui de la pathogénie ; en présence des opinions diamétralement opposées émises à cet égard, il serait indiqué d'en faire l'objet d'une discussion approfondie. C'est dans l'espoir de provoquer cette discusion que j'ai cru devoir, dans mon rapport, insister tout particulièrement sur ce point.

Des névrites périphériques. M. Babinski. — L'histoire des névrites périphériques constitue un sujet fort complexe auquel se rattachent

de nombreuses questions théoriques et pratiques. Mais c'est là une tâche trop lourde pour être accomplie dans le court espace de temps que nous pouvons consacrer à cette étude, et nous devons nous contenter d'envisager seulement quelques-uns des côtés de cet important sujet.

Sous le nom de névrites périphériques, de polynévrite, on désigne des altérations nerveuses indépendantes d'une lésion des centres nerveux. On en distingue deux grandes catégories, suivant qu'elles sont d'origine externe ou de cause interne. Les premières sont le résultat d'un traumatisme, d'une compression ; je ne m'en occuperai pas. Les secondes sont provoquées le plus souvent par un agent toxique ou sont le résultat d'une altération dyscrasique du sang : c'est de cette seconde classe des névrites que je m'occuperai exclusivement. Mais avant d'aller plus loin, je dois faire remarquer qu'il n'est peut-être pas une seule variété de névrite de cause interne sauf la névrite lépreuse dont on puisse affirmer qu'elle a une origine véritablement périphérique et qu'elle est absolument indépendante de toute modification du système nerveux central.

Il existe, en revanche, un très grand nombre de névrites, en apparence périphériques qui dépendent en réalité d'une altération légère ou même d'une modification purement dynamique des centres nerveux. Le fait a été démontré par Erb et Remak pour la névrite saturnine ; si la même démonstration n'a pas encore été faite pour les autres espèces, on peut cependant invoquer en sa faveur plusieurs arguments.

Il ne faut pas perdre de vue, dans l'étude de cette question, que le cylindre-axe, partie essentielle du nerf, n'est autre chose qu'un prolongement d'une cellule nerveuse dont il dépend étroitement. Le corps de la cellule et ses prolongements constituent les différentes parties d'un même élément cellulaire, et rien n'empêche d'admettre qu'une perturbation de la partie centrale de la cellule, s'y traduisant par des altérations morphologiques très légères ou même imperceptibles, se manifeste exclusivement par des lésions de ses portions périphériques ; cela me paraît d'autant plus acceptable que les parties d'une cellule les plus éloignées de leur centre trophique, c'est-à-dire du noyau ou des régions qui avoisinent le noyau, doivent, selon toute vraisemblance, être les plus fragiles.

A côté de cette hypothèse, il en est une autre que nous devons aussi exposer. Au lieu de subordonner la lésion du cylindre-axe à une modification dynamique de la cellule d'où dépend celui-ci, on peut admettre que certains agents pathogènes impressionnent à la fois ces deux portions de l'élément cellulaire, mais que la portion périphérique, qui est plus vulnérable, traduit seule sa souffrance par des altérations histologiques.

Ces deux hypothèses présentent ce caractère commun, à savoir que toutes deux impliquent l'idée qu'il ne s'agit pas de troubles

exclusivement périphériques, mais que les centres nerveux ont eux-mêmes subi une perturbation. Si on les rejette, bien des faits relatifs à l'histoire des névrites périphériques deviennent inexplicables ; elles sont donc utiles, presque nécessaires. Sans l'une ou l'autre de ces deux hypothèses, il est difficile de comprendre le mode de localisation et la nature systématique de certaines espèces de névrites.

Ce qui vient encore à l'appui de cette manière de voir, c'est que l'on trouve parfois, dans la moelle des sujets ayant présenté pendant la vie des troubles nerveux qu'on a l'habitude de rattacher à des névrites périphériques, des lésions plus ou moins marquées ; c'est ainsi que dans quelques observations de paralysie saturnine on a noté l'existence d'altérations des cellules des cornes antérieures de la moelle. Il faut reconnaître toutefois que ce dernier argument n'est pas absolument décisif. On sait, en effet, qu'à la suite de lésions expérimentales des nerfs, dont l'origine périphérique est incontestable, il se développe parfois, dans les cellules des centres nerveux dont proviennent ces nerfs, des altérations plus ou moins prononcées. Ainsi donc, quand on trouve à l'autopsie d'un sujet qui a présenté pendant la vie des troubles nerveux, de grosses lésions de la périphérie des nerfs et des lésions moins marquées dans les centres trophiques, on peut être fort embarrassé au point de vue de l'interprétation des faits, et il est encore permis de discuter sur la valeur relative des lésions des nerfs et des altérations spinales.

Voici donc, selon moi, comment on doit comprendre l'affection à laquelle on donne la dénomination de névrite périphérique. Ce terme, névrite périphérique, ne doit pas impliquer l'idée que les lésions des nerfs sont primitives, qu'elles sont l'origine de tous les troubles symptomatiques qu'on observe et que le système nerveux central ne présente aucune modification. Il signifie simplement que les altérations anatomiques du système nerveux, perceptibles par nos moyens d'investigation, sont exclusivement localisées dans les nerfs ou y sont bien plus accusées que dans le système nerveux central. Il y a tout lieu d'admettre, et ce n'est pas là, du reste, une simple hypothèse, que bien des agents qui déterminent des névrites provoquent à la fois une perturbation du système nerveux central et du système nerveux périphérique ; que parfois même ils exercent en même temps, d'une façon directe, leur action pathogène sur d'autres systèmes anatomiques; que les troubles fonctionnels qu'ils occasionnent sont causés non seulement par des lésions histologiquement perceptibles, mais aussi par des modifications de nature dynamique, et qu'en définitive les lésions des nerfs ne peuvent être considérées que comme constituant tout le substratum anatomique de l'affection en question ; elles en représentent seulement les altérations les plus apparentes.

M. Renaut (de Lyon). — Il semble ressortir du rapport de M. Babinsky que l'ancienne notion de la dépendance absolue du cylindre-axe par rapport à la cellule — et cela en quelque point que ce soit de son parcours — soit sur le point de reprendre pied, à l'encontre des faits nouveaux mis en lumière par Joffroy, Pierret, Pitres et Vaillard, M. et Mme Déjerine, etc. Cette conception m'oblige à présenter quelques considérations anatomiques. Un cylindre-axe, encore bien qu'il soit manifestement le prolongement d'une cellule ganglionnaire, doit être considéré, en anatomie générale pathologique, plutôt comme un *membre* de celle-ci (c'est-à-dire comme une portion très différenciée) que comme une simple *expansion* absolument dépendante du conditionnement nutritif et conséquemment du trophisme du corps cellulaire qui l'a fourni. Dans cette conception (largement corroborée par la structure complexe du *filament nerveux*, si on le compare au *filament de Deiters initial*), on peut, on doit même admettre qu'un cordon nerveux est tout à fait disposé pour effectuer des processus réactionnels autonomes, dans nombre de circonstances, alors qu'il est l'objet de certaines actions pathogènes sur un point de son parcours, et surtout au voisinage de ses terminaisons, c'est-à-dire là où son dispositif anatomique spécial varie parfois d'une façon très large.

Si, en effet, au lieu d'étudier la variation subie par le filament de Deiters alors qu'il devient un cordon nerveux chez les animaux supérieurs, on choisit les gros nerfs amyéliniques des cyclostomes, on voit que, dès que le filament axile devient un nerf au sortir du névraxe, il quintuple brusquement de volume pour le moins. Entre ses fibrilles, prend place un abondant protoplasma granuleux. C'est l'agent actif de la nutrition locale à laquelle concourent aussi les cellules conjonctives de la gaine de Henle. Si, chez les animaux supérieurs, l'établissement de ces conditions de nutrition — et secondairement de réaction autonome — n'est pas aussi évident, il n'en est pas moins effectué, ne fût-ce que par le dispositif des segments interannulaires et des anneaux des nerfs, lesquels constituent des voies de nutrition d'un mode nouveau, parfaitement individuel.

Je ne suis donc pas de ceux qui, pour expliquer la réaction locale des cordons nerveux à l'encontre des actions pathogènes, se croient forcés d'invoquer fatalement l'action à distance de la cellule ganglionnaire, dont le cylindre-axe dépend en tant qu'il y a pris son origine première. Je suis encore moins de ceux qui, comme tout à l'heure M. Babinski, font entrevoir une différence possible de constitution entre le cylindre-axe émané d'une cellule sensitive et celui issu d'une cellule motrice ou d'une sensorielle.

La structure des cylindres-axes est une et uniforme, la constitution intime des cellules ganglionnaires l'est aussi. Voilà ce que nous apprend l'anatomie générale par la convergence de toutes ses mé-

thodes. En neurologie, il faut s'en tenir à cela, laissant le reste à la philosophie biologique, c'est-à-dire à l'hypothèse.

Encore est-il qu'en prenant la question de cette façon, on arrive à conclure que toute cellule motrice ganglionnaire est en somme toujours aussi sensitive ; car sans cela elle ne recevrait aucun signal pour mettre son activité excito-motrice en jeu. De même, toute cellule dite sensitive est en quelque chose motrice. Elle l'est du mouvement nerveux qui va exciter la cellule motrice, laquelle est l'instrument de la réaction de l'être vivant déterminée par ses sensations.

Je suis amené à conclure des faits observés que, dans nombre de cas, la réaction du nerf, à l'encontre des actions pathogènes qu'il reçoit à sa terminaison ou dans sa continuité, est ou demeure toute locale, parfaitement individuelle aussi. Et sans nier l'influence grande de la cellule ganglionnaire sur un nerf dans tout son parcours, j'estime qu'au point lésé le cordon nerveux peut et doit réagir. Il possède un dispositif tout prêt pour cela et le met en jeu de suite, dès qu'il y est suffisamment sollicité. C'est dire que le processus réactionnel et local du nerf, la *névrite périphérique*, doit conserver son individualité et sa place en neurologie. Seulement il convient que cette individualité soit bien définie et que cette place soit exactement marquée en pathologie nerveuse. Or, il faut avouer qu'il n'en a pas été tout à fait ainsi jusqu'à présent.

D'une part, la névrite parenchymateuse avec dégénération du segment périphérique, d'autre part, la névrite segmentaire de Gombault, sont bien connues. Il reste à déterminer la part exacte du tube conjonctif intrafasciculaire et à bien décrire ce qu'il faut désigner par *névrite interstitielle*. Il faut aussi déterminer la part prise, dans les procesus qualifiés de névrite, par la gaine lamelleuse et la cavité vaginale : établir et décrire exactement la *périnévrite*. Les auteurs qui, tandis que les vrais neurologistes travaillaient à établir l'existence des névrites périphériques, se sont précipités sur le mot et ont fait des névrites du plexus cardiaque, par exemple dans l'*angor pectoris*, sans songer qu'une inflammation n'est pas à retours et qu'une névrite cardiaque vraie tuerait le sujet en quelques heures, ces auteurs, dis-je, ont fait à la question des névrites un grand tort qu'il faut maintenant réparer. On y arrivera en reprenant pas à pas et avec soin et rigueur les lésions périphériques des nerfs, en étudiant notamment les lésions périnévritiques : celles de la gaine lamelleuse et de la cavité vaginale des cordons nerveux. Déjà, M. Vanlair[1], dans un travail très intéressant, vient d'appeler l'attention sur la valeur qu'il faut accorder aux formations hyalines de la gaine des nerfs, que j'ai décrites en 1881. Comme moi-même, il remarque que toujours les nerfs qui renferment des nodules fibro-hyalins renferment des fibres dégénérées.

[1] Voir le t. XXVII des *Archives*.

C'est en eux aussi que j'ai vu pour la première fois des fibres à myéline se régénérant dans la continuité, par le mécanisme de la production des *segments courts intercalaires*. Il semble donc bien qu'il y aurait une périnévrite spéciale, à formations hyalines. Chez les vieux animaux, chez ceux dont les nerfs ont beaucoup travaillé et ont pendant longtemps subi l'action des grands muscles qu'ils traversent. Vanlair a vu, de plus, que de telles lésions peuvent être aussi suscitées par la dyscrasie strumiprive. Il y a donc lieu de voir si les dystrophies séniles ne sont pas, à un degré quelconque, développées sous l'influence de lésions analogues et locales des nerfs. Bref, je conclus en affirmant que la question des névrites périphériques ne mérite pas d'être ramenée à un cas particulier de trophisme émané des centres, et que le moment est au contraire venu d'en mettre l'étude de plus en plus à l'ordre du jour. C'est pour faciliter cette étude que j'indiquerai, vendredi prochain, une nouvelle méthode de fixation interstitielle des nerfs et de leurs gaines. J'espère qu'elle constituera, entre les mains des neurologistes, un puissant moyen d'investigation scientifique.

M. Pitres. — Les nombreuses recherches que j'ai faites avec M. Vaillard ont contribué à établir d'une façon indiscutable l'existence des névrites périphériques. Je ne crois pas utile de relater à nouveau ici ces recherches qui ont été déjà l'objet de plusieurs publications ; je me bornerai aujourd'hui à vous présenter la synthèse de ces recherches dans l'essai de classification suivant :

On peut distinguer trois grandes catégories d'altérations périphériques des nerfs. Dans la première, je rangerai les névrites de cause locale ; dans la seconde, les névrites de cause générale, toxique ou infectieuse ; et, dans la troisième, les névrites de cause centrale. Ces trois grandes classes de névrites comprennent chacune un assez grand nombre de variétés.

A la classe des névrites de cause locale appartiennent : 1° la névrite *a frigore ;* 2° la névrite qui succède à une compression interne ou externe d'un nerf (traumatisme, tumeur, etc.), et enfin 3° les névrites qui sont la conséquence de l'habitat d'un élément organique vivant dans un nerf. Le type de cette variété de névrite est celle qui s'observe au cours de la lèpre. — Les névrites de cause générale comprennent deux variétés : 1° les névrites toxiques (plomb, alcool, mercure, arsenic, etc.) et 2° les névrites infectieuses (diphtérie, typhus, tuberculose, fièvres éruptives, grippe, etc., etc.). Enfin, les névrites d'origine centrale reconnaissent également deux variétés suivant que la lésion préexistante des centres nerveux siège au niveau de la moelle (polymyélite, tabes, etc.) ou du cerveau (hémiplégie, paralysie générale, etc.).

En terminant, je n'ai pas besoin de faire remarquer que le mécanisme intime de la production de ces différentes espèces de

névrites est variable. Celles du premier et du second groupe sont dues à l'altération produite directement par l'agent morbide sur les fins ramuscules nerveux : ce sont de véritables névrites périphériques primitives, au moins dans un très grand nombre de cas. Celles du troisième groupe sont, au contraire, des névrites secondaires, puisqu'elles sont sous la dépendance d'une affection du système nerveux central.

La discussion n'étant pas épuisée et la séance du soir devant être consacrée à l'examen du rapport de M. Ladame (de Genève), la suite de la discussion est remise au jeudi 8 août, 2 h. 1/2.

Séance du 7 août (soir). — Présidence de M. Pierret.

DEUXIÈME QUESTION

DE L'ASSISTANCE ET DE LA LÉGISLATION RELATIVES AUX ALCOOLIQUES

M. Ladame (de Genève). — Depuis que Benjamin Rush (de Philadelphie) a poussé le premier cri d'alarme vers la fin du dernier siècle, l'alcoolisme n'a cessé de s'étendre dans les pays civilisés, et ses ravages ont augmenté à tel point que les sociétés modernes sont menacées aujourd'hui d'une dégénérescence rapide si elles ne luttent pas avec énergie contre ce fléau. Pour combattre l'alcoolisme, ou plutôt pour le prévenir, on a cherché à l'atteindre dans ses causes et l'on a eu recours aux moyens prophylactiques les plus variés ; voici les plus importants :

Éducation de l'enfance. — Les mesures législatives aussi bien que les effets de l'initiative privée pour protéger et secourir l'enfance abandonnée comptent parmi les moyens préventifs de l'alcoolisme les plus recommandables, à condition qu'il ne perdent pas de vue l'éducation spéciale que réclament la plupart de ces enfants. Les enfants des buveurs forment, en effet, un des plus forts contingents de l'enfance moralement et matériellement abandonnée. Ils sont sous l'influence de l'hérédité alcoolique et pour écarter le danger qui les menace de tomber dans l'ivrognerie comme leurs parents, on doit les élever dans l'abstinence absolue de l'alcool. Il faut leur enseigner de bonne heure les suites fatales que ces boissons auraient pour leur santé physique et morale, et leur apprendre qu'ils doivent s'en abstenir pendant leur vie tout entière. On comprend combien il importe, à ce point de vue avec soin et discernement la famille ou l'institution dans laquelle doit être faite l'éducation de l'enfant abandonné. Toutes les conditions favorables d'un bon placement étant remplies, on donnera toujours pour ce motif la préférence aux familles d'abstinents. Nous savons que certaines sociétés de bienfaisance, à Genève, agissent, suivant ces principes, et non sans succès, lorsqu'il s'agit de placer des enfants

d'ivrognes. Cette éducation de l'enfance abandonnée pourrait devenir efficace comme moyen prophylactique contre l'extension de l'alcoolisme.

Dans certains pays, en Amérique et en Angleterre par exemple, on a fondé de nombreuses sociétés d'enfants abstinents, que l'on enrôle dès l'âge de sept ans dans la croisade contre l'alcoolisme. On y enseigne aux enfants les avantages de l'abstinence totale.

Amélioration des logements. — L'habitation est une des choses les plus importantes de la vie du pauvre et de l'ouvrier. Si cette habitation est un taudis où l'air est infect et la malpropreté révoltante, l'ouvrier fuira son triste domicile et fréquentera le cabaret. Les sociétés qui se fondent partout pour l'amélioration des logements ont donc un rôle important à jouer dans la prévention de l'alcoolisme.

Parmi les cités ouvrières aucune peut être comparable à la Pullman City, que le célèbre constructeur de wagons a fait élever à quelques milles au sud de Chicago, pour y placer ses ateliers et y loger une partie de ses ouvriers. M. Pullman, dans sa cité, a voulu éviter à tout prix les effets pernicieux des cabarets et il a refusé systématiquement de louer aux aubergistes. Il renvoie de même tout locataire qui tenterait de faire le commerce des boissons alcooliques. C'est ainsi que Pullman City est devenue la ville tempérante par excellence. Mais il ne suffit pas de supprimer les cabarets, il faut les remplacer. M. Pullman a fondé une bibliothèque publique, des écoles, des églises, un théâtre. Il existe dans la ville de grands espaces libres pour le jeu national du base ball et une foule d'autres récréations analogues. Toutes ces institutions (sauf la bibliothèque publique qui est une libéralité personnelle du fondateur) sont fondées sur ce principe que chacun doit contribuer à une dépense dont il profite, et les ouvriers acceptent volontiers ces contributions.

L'initiative privée est impuissante cependant pour remédier à elle seule aux conséquences sociales des logements insalubres. L'intervention de l'Etat est nécessaire pour assurer l'efficacité des efforts faits par les sociétés.

Alimentation populaire. — Un autre facteur dont l'influence est non moins effective sur le développement de l'alcoolisme c'est le mode d'alimentation des classes ouvrières. La consommation croissante de l'eau-de-vie marche de pair avec la mauvaise qualité de la nourriture. Il est reconnu que les difficultés qui s'opposent à la préparation d'aliments convenables favorisent grandement la consommation de l'eau-de-vie. On se plaint généralement aussi, dans les milieux ouvriers, de ce que les jeunes filles qui ont toujours travaillé dans les fabriques n'ont jamais appris à faire la cuisine, et que leur ignorance en cette matière chasse le mari au cabaret

où il devient peu à peu un buveur d'eau-de-vie. Pour remédier à ce mal, on a institué des écoles de cuisine; on a fait des lois sur le travail dans les fabriques; on a créé des cantines économiques et des cuisines populaires qui rendent de bons services aux classes ouvrières. Les grandes Sociétés de consommation, bien dirigées, peuvent aussi améliorer beaucoup l'alimentation de ces classes en fournissant à leurs membres des marchandises de première qualité et d'un prix peu élevé.

Cafés de tempérance. — Dans le même ordre d'idées, nous devons mentionner les cafés de tempérance. Pour diminuer la consommation des boissons alcooliques, il ne suffit pas d'en interdire l'usage, il faut les remplacer par des boissons saines à bon marché. Les expériences qui ont été faites de divers côtés ont démontré que les cafés de tempérance, bien organisés, bien dirigés et convenablement situés, sont les meilleurs antidotes contre l'abus des boissons alcooliques. Ils doivent répondre aux besoins de sociabilité des classes ouvrières, et il faut les adapter aux mœurs et coutumes des divers pays. C'est à Melbourne que l'on trouve le plus grand café de tempérance du monde, sous la forme d'un hôtel de premier rang; mais c'est à Liverpool que ces cafés sont les plus nombreux et les plus importants. Ces fondations sont soumises du reste aux mêmes conditions de réussite que toutes les entreprises de ce genre; lorsqu'elles sont faites avec prudence et intelligence, elles donnent d'heureux résultats et même de beaux bénéfices, mais la ruine de beaucoup d'entre elles est un sérieux garde-à-vous pour tous ceux qui s'imagineraient pouvoir créer facilement partout des cafés de tempérance.

Sociétés de tempérance. — Aucune mesure n'est capable de combattre avec efficacité l'alcoolisme si elle n'est soutenue par l'opinion publique. Voilà pourquoi les Sociétés de tempérance jouent toujours le rôle le plus important dans cette lutte. Car ce sont elles qui forment et qui éclairent l'opinion publique et qui veillent avec ardeur à ce que les prescriptions légales qu'elles ont provoquées ne restent pas lettre morte. Les seuls pays qui aient fait des lois sérieuses contre l'alcoolisme sont ceux où ces Sociétés les ont provoquées et préparées. Mais il faut bien savoir que ces sociétés ne donnent un résultat que si elles sont basées sur l'abstinence totale.

Après cette étude sommaire des moyens prophylactiques employés pour la guérison de l'alcoolisme, nous pouvons étudier l'organisation de l'assistance des alcooliques et la législation qu'il conviendrait de leur appliquer.

Législation pénale. — La question de la législation pénale de l'ivresse a été l'objet d'une étude approfondie au Congrès pénitentiaire international qui s'est tenu, en 1890, à Saint-Pétersbourg.

De tous les rapports présentés le plus intéressant, à coup sûr, est celui de M. Motet. En voici les conclusions :

« L'ivresse est punissable aussi bien que les délits ou les crimes commis sous son influence, lorsqu'elle est simple et qu'il était manifestement, au pouvoir du délinquant de l'éviter. L'ivresse est punissable, avec aggravation de la peine, lorsque l'excitation alcoolique a été recherchée pour fournir l'appoint de détermination nécessaire pour commettre un crime ou un délit.

« L'ivresse est punissable, mais avec un degré d'atténuation qu'il appartient aux magistrats de déterminer, chez des individus faibles d'intelligence dont la tolérance pour les boissons alcooliques est diminuée par les conditions d'infériorité de leur organisation cérébrale. Elle ne saurait être excusable lorsque ces individus savent qu'ils ne peuvent pas boire sans danger, et ce cas est plus fréquent qu'on ne le suppose.

« Les délits et les crimes ne peuvent pas être punis lorsqu'ils ont été commis pendant la période délirante, aiguë ou subaiguë d'un accès d'alcoolisme. Il en est de même pour l'alcoolisme chronique, à l'heure où les lésions cérébrales définitives ont compromis l'intégrité de l'organe et déterminé le trouble durable de ses fonctions. »

Si on nous demande maintenant quels bons effets on peut espérer de l'intervention des mesures pénales contre l'extension de l'alcoolisme, nous devons répondre que malheureusement ses effets sont bien minimes et que toutes les pénalités du monde n'ont jamais pu enrayer la propagation de l'alcoolisme. D'un côté les amendes et les courtes peines d'emprisonnement n'atteignent pas leur but et sont souvent directement nuisibles; de l'autre, les peines plus sévères et les lois draconiennes ne sont pas appliquées et manquent par conséquent aussi leur but. On ne saurait blâmer les tribunaux qui hésitent à condamner un ivrogne à une détention prolongée, quand ils savent que cette mesure est inefficace et même injuste, car tout conspire dans l'organisation actuelle de l'État et de la société pour faire tomber le malheureux, incapable de résister aux tentations qui l'entourent. C'est que la guérison et la prévention de l'ivrognerie ne sont pas dans les mesures pénales de la législation; le remède est ailleurs et voilà pourquoi les jurisconsultes les plus compétents se rallient aujourd'hui aux médecins qui demandent la création d'asiles spéciaux pour le traitement des ivrognes. L'ivrognerie, en effet, n'est pas punissable comme l'ivresse, car, aux yeux des médecins, l'ivrognerie est une maladie.

Législation civile. — La déchéance de la puissance paternelle, temporaire ou définitive, dont on peut frapper l'ivrogne d'habitude dans certaines circonstances, est un moyen propre à sauvegarder les intérêts, la santé et la moralité de ses enfants. Chacun com-

prendra l'urgence d'une loi semblable lorsqu'il saura que l'alcoolisme est la plus fréquente de toutes les causes de l'abandon moral et matériel de l'enfance. On risque cependant de faire fausse route dans cette direction, et de perdre de vue le vrai but à atteindre, si l'on poursuit l'interdiction du buveur avant de s'occuper de sa guérison.

Tant que l'on peut espérer la guérison d'un alcoolique, il n'y a pas lieu de l'interdire, et ceux qui ont fait de l'interdiction une nécessité préalable du placement de l'ivrogne dans un asile pour buveurs ont compromis d'emblée l'efficacité de cette mesure. En tout cas, jamais l'interdiction d'un ivrogne ne devrait avoir lieu sans le rapport motivé d'un ou de plusieurs experts médicaux, et il nous paraît nécessaire aussi de faire intervenir l'expert médical lorsqu'il s'agit de lever l'interdiction. Celle-ci doit pouvoir être levée, en effet, aussitôt que les motifs qui l'avaient fait prononcer n'existent plus.

Législation spéciale contre l'alcoolisme. — Tous les peuples civilisés ont cherché à réprimer le fléau de l'ivrognerie par des lois spéciales. Dans notre siècle, on a expérimenté les systèmes les plus divers, qui peuvent se ramener en définitive à cinq types principaux :

A. *Taxes et impôts.* — Parmi les mesures législatives qui ont été prises pour réduire la consommation de l'eau-de-vie, aucune n'est plus généralisée que l'impôt. Mais cette mesure n'atteint son but que si la perception de cet impôt est entourée de garanties suffisantes pour assurer le paiement réel de la taxe et si la législation a pris soin de dégrever parallèlement les autres boissons (vin, bière, thé, café, etc.), d'autant plus qu'elles contiendront moins d'alcool. Il est évident que si l'eau-de-vie, grâce à l'imposition des autres boissons, reste la consommation la meilleure marché, on la boira toujours de préférence aux autres, ce qui rend illusoire la réduction de l'alcoolisme par l'impôt.

Mais il faut bien le dire, les expériences les plus probantes faites dans les divers pays et dans le détail desquels nous ne pouvons entrer ici, ont eu pour résultat de démontrer clairement que l'impôt sur les boissons alcooliques est impuissant, à lui seul, contre le fléau de l'alcoolisme. D'un autre côté, les autres mesures législatives sont stériles lorsqu'elles ne s'accompagnent pas d'une taxe élevée sur l'eau-de-vie, avec un dégrèvement correspondant des boissons hygiéniques.

Réduction du nombre des débits. — Comme la consommation de l'alcool marche parallèlement au nombre des débits, il paraît suffisant de réduire le nombre des débits pour diminuer d'autant celui des buveurs. Dans plusieurs pays, les lois sur les auberges se sont inspirées de cette théorie et ont limité le chiffre des cabarets suivant le système du nombre normal de la population.

Mais l'enquête du Conseil fédéral suisse a montré que le parallèle entre la consommation des boissons alcooliques et le nombre des débits n'était point une règle générale comme on le croyait. Résultat étrange et bien paradoxal. L'enquête fit voir que les cantons ayant le plus de débits de boissons sont précisément ceux qui ont le moins à souffrir des abus de l'eau-de-vie et de leurs effets, tandis que les cantons qui ont le moins d'auberges, à l'exception du Valais, sont particulièrement infestés.

Ce phénomène s'explique naturellement lorsqu'on se rend compte, d'une part, que le nombre des cabarets n'est qu'un des facteurs en cause dans la question de l'alcoolisme, et de l'autre que, dans les pays susnommés, la consommation de l'eau-de-vie est entrée dans l'alimentation populaire et se fait surtout à domicile d'une façon régulière, tout particulièrement pernicieuse.

Pour que la réduction du nombre des cabarets ait réellement l'influence qu'on en attend, il faut qu'elle soit poussée à l'extrême, comme en Norwège, en Suède et en Finlande, et dans plusieurs États de l'Union américaine, et il est nécessaire qu'on l'accompagne, en outre, d'autres mesures législatives sur la fabrication et le commerce des spiritueux. Quant aux auberges, il va sans dire que l'État devrait être très sévère sur les conditions hygiéniques des locaux et la moralité des tenanciers, aussi bien que sur les mesures de police, le droit de patente et toutes les autres prescriptions législatives capables d'améliorer et d'assainir cette industrie.

C. *Système de licence de Gœteborg et de Bergen.* — Les systèmes de licence de Gœteborg et de Bergen, en Suède et en Norwège, ont donné quelques bons résultats, mais ils sont difficilement applicables dans les grands centres et dans les pays où le nombre des cabarets est illimité. Ce système repose sur la création de sociétés par actions qui achètent à l'encan, dans un but philanthropique, les patentes de la vente au détail de l'eau-de-vie et cherchent par ce moyen à réduire le nombre des débits et à protéger les villes contre la spéculation des cabaretiers. Elle cherche à créer, en dehors de tout désir de lucre, un monopole de la vente de l'alcool. Elle ne confie la vente au détail qu'à des personnes qui n'ont aucun intérêt personnel à ce commerce; elle verse le bénéfice réalisé dans les caisses communales qui l'emploient en œuvres de bienfaisance, spécialement au développement et à la moralisation de la classe ouvrière.

D. *Le monopole de l'Etat ou le système suisse.* — Le monopole de l'État a donné jusqu'ici de bons résultats en Suisse, en diminuant de 25 p. 100 la consommation de l'eau-de-vie et en assurant la purification des alcools. Ce système ne pourrait cependant pas être adopté partout avec les mêmes avantages, car les circonstances

politiques et économiques dans lesquelles se trouvent les divers pays influent grandement sur les résultats.

Le monopole peut être établi sous trois formes distinctes qui peuvent être combinées entre elles : monopole de fabrication; monopole de rectification; monopole de vente. Suivant les cas on pourra adopter l'un ou l'autre de ces monopoles ou les combiner deux à deux ou les trois ensemble. Mais, il faut bien le dire, jamais ils ne suffiront à eux seuls à la répression de l'alcoolisme.

E. *La prohibition absolue locale ou nationale ou système américain.* — Quand on lit les travaux et les statistiques publiés par les médecins américains, on voit que le système de la prohibition absolue de l'alcool a donné de bons résultats. Cette même influence heureuse a été exercée parfois dans certaines localités de la Hollande et des pays scandinaves. Dans les pays européens les mœurs ne rendent pas possible l'application de ce système, qui porte une atteinte trop marquée à la liberté individuelle. Il n'y a donc aucune chance pour qu'il y soit appliqué. Un dernier point qu'il convient maintenant d'étudier, c'est l'*assistance des alcooliques*.

Les hôpitaux, les asiles d'aliénés, les prisons, les maisons de travail et de correction, les hospices d'incurables sont encombrés d'alcooliques. L'alcoolisme, suivant ses effets, mène fatalement à l'une ou à l'autre de ces institutions sociales, et cependant les hommes compétents dans tous les pays réclament de plus en plus énergiquement des asiles spéciaux pour les buveurs, en nombre considérable, qui n'appartiennent ni à l'un ni à l'autre de ces établissements, et qui sont un danger permanent pour leurs familles et pour la société. Nous ne nous occuperons ici que de cette dernière catégorie d'alcooliques qui exigent une assistance spéciale.

Les Américains qui ont fait tant d'efforts pratiques pour extirper l'ivrognerie sont arrivés les premiers à la conclusion que les buveurs sont des malades et qu'ils doivent être traités dans des asiles spéciaux.

En 1846, le Dr J.-E. Turner, du Maine, simple médecin-praticien, désirant sauver de l'ivrognerie un vieil ami, reconnut la nature morbide de ce mal et commença une agitation enthousiaste pour la cause du traitement de l'ivrognerie dans les hôpitaux spéciaux. Après huit années d'efforts persévérants, luttant sans relâche contre une opposition formidable, il réussit à former une société pour la construction, à Binghmanton, d'un « hôpital pour les ivrognes », dont le chirurgien Valentine Mott était le président. On fit une loi qui donna à la direction de l'hôpital le pouvoir de retenir contre leur gré les internés de la maison.

La construction de l'asile ne fut terminée qu'après dix-huit ans et l'établissement ne put être ouvert aux malades qu'en 1864. Il fut fondé sur les principes suivants : l'asile de Binghmanton n'accepte

des malades que pour une durée minimum de une année. On ne demande à l'entrée ni vœu ni promesse. Chaque cas est considéré comme *folie suicide*, exigeant un long traitement médical et la séquestration (restraint).

Cependant les ivrognes protestèrent contre leur internement forcé. Ils cherchaient journellement à faire rompre par leurs amis les engagements qui avaient été pris pour leur traitement. Grâce à des hommes influents, les fondateurs de l'asile furent bientôt en butte à une opposition acharnée. L'asile ne tarda pas à disparaître. Mais la preuve était faite et la disparition de Binghmanton marqua la naissance d'un grand nombre d'asiles similaires dont quelques-uns ont accompli de grandes choses. Ils ont prouvé clairement et définitivement que l'ivrognerie était une véritable maladie et, actuellement, qu'on pouvait la guérir par des soins convenables. On a créé plus de cinquante asiles pour buveurs aux États-Unis, dont plus de quarante sont aujourd'hui en plein succès.

Les principes scientifiques sur lesquels sont fondés les asiles médicaux pour la cure des ivrognes peuvent se résumer en peu de mots. L'admission d'un buveur a lieu pour trois à six mois au minimum. A l'entrée un examen médical soigneux avec l'observation écrite de ses résultats : bains, hydrothérapie, médication et remèdes suivant les indications. Occupation, travail, récréation. Changement de régime et régularité de la vie. Les ivrognes sont traités comme des malades du cerveau auxquels on évite toutes les causes d'excitation ou d'irritation : abstinence totale des boissons alcooliques, discipline, traitement méthodique et préventif des paroxysmes périodiques. Il faut parfois de longues années pour se guérir de l'état neurasthénique que produit l'alcoolisme. Crothers compare le traitement des ivrognes dans l'asile aux quarantaines faites par les malades atteints d'affections contagieuses. On isole les victimes de la boisson de toute cause excitante ou provocatrice et on les place dans les meilleures conditions possibles pour qu'ils puissent recouvrer pleinement leur santé. On pense que plus tard encore on obtiendra de meilleurs résultats à mesure que l'on perfectionnera les moyens rationnels de traitement.

Après avoir passé en revue les différents asiles des buveurs qui ont été fondés en Angleterre, en Allemagne, en Suisse, M. Ladame termine par les conclusions suivantes :

1. Dans la lutte contre l'alcoolisme il faut mettre en œuvre tous les moyens prophylactiques, répressifs et curatifs que fournissent l'initiative privée, la législation et l'assistance par l'Etat.

2. Parmi les moyens prophylactiques, on devra donner tous ses soins à l'éducation de l'enfance, spécialement de l'enfance moralement et matériellement abandonnée, à l'amélioration du logement des ouvriers et à l'alimentation populaire, ainsi qu'à toutes les institutions destinées au développement matériel, moral et

intellectuel des classes ouvrières (salles de lecture et de conférences, cuisines et cantines populaires, caisses d'épargne, cafés de tempérance, etc.).

3. Il faut s'efforcer de propager partout la fondation de sociétés de tempérance sans lesquelles les meilleures lois demeurent lettre morte. Ces sociétés n'agissent pas seulement comme moyen préventif pour relever les buveurs et empêcher leurs rechutes, mais elles préparent l'opinion publique et rendent efficaces les mesures législatives dont elles prennent souvent l'initiative.

4. La législation pénale s'est montrée impuissante contre l'alcoolisme et jamais les pénalités, même les plus cruelles, n'ont pu guérir un ivrogne. L'accumulation des courtes peines, qu'il est de mode d'appliquer aujourd'hui contre l'ivrognerie dans certains pays, est particulièrement fâcheuse. D'autre part l'impunité, trop facilement admise pour les délinquants et les criminels alcooliques, est un grand danger social et une véritable prime pour la perpétration de nouveaux crimes.

La législation peut collaborer efficacement à la lutte contre l'alcoolisme : en frappant la vente des spiritueux falsifiés et impurs; 2° en punissant les aubergistes et les débitants qui favorisent l'ivresse de leurs clients et qui donnent des spiritueux à boire à des mineurs. Tout individu qui a sciemment enivré une autre personne devrait être puni par la loi; 3° en punissant l'ivresse publique. Mais cette punition ne s'est montrée efficace que dans les pays où des mesures énergiques de prévention la rendent rare et condamnable par l'opinion; 4° en punissant plus sévèrement non seulement les récidives, mais surtout l'ivresse qui se produit en certains lieux (tribunal, églises, assemblées publiques, etc.) ou pendant certaines occupations qui constituent un danger pour autrui; 5° l'irresponsabilité médico-légale des délirants alcooliques doit entraîner leur internement d'office dans des établissements spéciaux dont ils ne pourront sortir qu'après guérison complète et lorsque toute crainte de rechute sera écartée. Ils y seront réintégrés à la première menace de récidive.

5. La déchéance de la puissance paternelle, l'interdiction des buveurs et leur mise sous curatelle sont des mesures efficaces et nécessaires, mais qui ne doivent généralement pas être prises avant le placement des ivrognes dans un asile destiné à leur traitement et à leur guérison.

6. La non-reconnaissance des dettes de cabaret est une mesure législative qui peut avoir une certaine efficacité, de même que l'interdiction de fréquenter les auberges (dans les campagnes et les petites villes).

7. Les taxes, impôts et accises sur les boissons n'ont par elles-mêmes aucune action sur la consommation des spiritueux. Elles ne deviennent utiles dans la lutte contre l'alcoolisme que si elles

sont accompagnées d'autres mesures législatives appropriées et d'un dégrèvement correspondant des boissons dites hygiéniques (café, thé, chocolat, sucre, etc.). Le dégrèvement du vin et de la bière n'a aucun effet sur la fréquence de l'alcoolisme.

8. Le nombre des auberges ne peut être pris comme critérium de la consommation alcoolique dans un pays, et la réduction du nombre des débits n'a pas pour effet de diminuer parallèlement la consommation de l'eau-de-vie.

Toutefois la réduction du nombre des cabarets est une mesure qui s'impose, mais elle n'est efficace que si elle est poussée très loin et si elle est accompagnée d'autres mesures législatives restrictives sur la fabrication et le commerce des spiritueux et, enfin, si l'opinion publique se prononce énergiquement en faveur de la tempérance.

9. Les systèmes de licence de Gœteborg et de Bergen qui ont eu d'excellents effets dans les pays scandinaves ne rencontreraient pas toujours ailleurs les circonstances favorables qui en ont assuré le succès. Ces systèmes n'agissent qu'indirectement sur la diminution de l'alcoolisme qui ne peut être obtenue que par d'autres mesures restrictives concomitantes.

10. Le monopole de l'Etat a donné jusqu'ici de bons résultats en Suisse, en diminuant de 25 p. 100 la consommation de l'eau-de-vie et en assurant la purification des alcools. Ce système ne pourrait cependant pas être adopté partout avec les mêmes avantages, car les circonstances politiques et économiques dans lesquelles se trouvent les divers pays influent grandement sur ses résultats. Le monopole peut être établi sous trois formes distinctes qui peuvent être combinées entre elles : monopole de fabrication; monopole de rectification; monopole de vente. Suivant les cas, on pourra adopter l'un ou l'autre de ces monopoles ou les combiner deux à deux ou les trois ensemble. Jamais ils ne suffiront à eux seuls à la répression de l'alcoolisme.

11. Le système de la prohibition totale, nationale ou locale, d'origine américaine, a exercé parfois une heureuse influence dans plusieurs Etats de l'Union américaine, dans certaines localités de l'Angleterre, de la Hollande et des pays scandinaves. Les mœurs actuelles de la plupart des pays européens rendent impossible chez eux l'application de ce système.

12. L'assistance des alcooliques réclame avant tout la fondation d'asiles pour la guérison des buveurs. Ces asiles doivent remplacer les prisons et les maisons de correction qui aggravent l'état physique et moral des ivrognes qui y sont placés et contribuent à les rendre incurables.

13. Ces asiles doivent être organisés et dirigés d'après les principes de la science médicale. On y recevra les cas récents et curables. La loi devra accorder à ces asiles un droit de détention sur

les buveurs qui y seraient internés, moyennant une déclaration médicale, pour une durée minima de six mois et maxima de deux ans.

14. L'abstinence totale des boissons alcooliques, le travail et la discipline sont les principes fondamentaux du traitement moral dans les asiles pour buveurs. Le personnel et les employés doivent s'y conformer aussi bien que les pensionnaires.

15. A sa sortie de l'asile l'ivrogne guéri doit être placé dans un milieu abstinent, sous le patronage des sociétés de tempérance. A la moindre menace de récidive, il doit pouvoir être immédiatement réintégré dans l'asile.

16. Les buveurs aliénés, épileptiques et délinquants ne doivent pas être admis dans les asiles pour la guérison des ivrognes.

17. Il faut fonder des établissements spéciaux pour l'internement, la détention et le traitement des buveurs aliénés, épileptiques, délinquants ou moralement pervertis.

18. La fondation d'hospices spéciaux serait désirable pour le placement des ivrognes incurables qui sont par leur dissipation, leur immoralité et leur violence, un danger permanent pour leur famille et pour la société.

M. Vallon (de Paris). — Je suis très partisan de la création d'asiles spéciaux pour les alcooliques. L'organisation de nos asiles est, en effet, défectueuse pour le traitement de ces malades. Ceux qu'on nous envoie—ils nous viennent du Dépôt ou de l'Asile clinique après avoir été ramassés sur la voie publique — sont très rapidement guéris. Au bout de quelques jours leur délire a disparu; ils n'en ont même plus, le plus souvent, quand ils arrivent à l'asile de Villejuif. Je les envoie travailler dans les différents chantiers; on leur donne à porter du bois, du charbon, etc... aux divers fonctionnaires. Ceux-ci les récompensent en leur donnant un verre de vin. Les alcooliques s'arrangent pour servir le même jour plusieurs fonctionnaires. Il en résulte qu'ils se grisent et jamais ils n'arrivent à se guérir de leur alcoolisme.

Ces alcooliques encombrent nos services, prennent la place de véritables aliénés. Pourquoi ne pas les renvoyer, dira-t-on, une fois leur accès de délire passé? La raison est bien simple. Il m'est arrivé souvent de demander la sortie de semblables alcooliques. Ils me sont revenus au bout de six à huit jours. De Villejuif à Paris ils s'arrêtent dans tous les cabarets; ils arrivent à Paris ivres et délirants. On les mène au Dépôt; comme il n'y a pas de place on les envoie à l'Asile clinique et de là à Villejuif. J'ai dans mon service un alcoolique qui y est entré vingt-sept fois, toujours dans les conditions que je viens de rapporter.

Je demande qu'un individu de cette sorte qui a démontré qu'il est incapable de vivre dans la société, qu'il est un danger pour

elle, je demande à ce qu'on l'enferme dans un asile spécial où la loi permettra de le garder (car actuellement aucune loi n'autorise à le séquestrer une fois le délire passé).

Un asile spécial pour alcooliques s'impose, on le voit. Mais il ne devra renfermer que des alcooliques qui seront soumis à un régime spécial, à l'abstinence absolue de l'alcool. Au Conseil général de la Seine on a voté la création d'un asile dans lequel cinq cents lits seront réservés aux alcooliques. Dans cet asile les services généraux seront communs. C'est absolument comme si l'on ne faisait rien. Ces alcooliques continueront à boire et leur guérison ne sera jamais obtenue.

Encore une fois, ce qu'il faut, c'est un asile pour les seuls alcooliques. Quand cet établissement sera créé, nous ne recevrons plus dans nos asiles les ivrognes qu'on arrête tous les jours et qu'on nous envoie parce qu'on ne sait pas où les mettre.

M. Legrain (de Paris). — La création d'asiles spéciaux pour les buveurs est une question neuve en France. En 1889, le Congrès de médecine mentale de Paris s'en est occupé pour la première fois en émettant un vœu tendant à cette création. En 1892 le Conseil supérieur de l'Assistance publique a mis la question à l'étude. Dans l'ordre pratique le Conseil général de la Seine vient de décider la création d'un asile nouveau dans lequel 500 places seront réservées aux alcooliques. Mais l'asile qu'on va créer pourra-t-il être l'instrument tant désiré de traitement pour cette catégorie de malades? Il est permis d'en douter.

Pour tirer tout le parti désirable au point de vue curatif et prophylactique d'un établissement pour alcooliques, il est de toute nécessité que cet établissement ne renferme que des alcooliques. C'est à cette seule condition qu'on pourra, entre autres choses, prescrire le régime abstinent dans toute sa rigueur, régime qui est l'une des conditions les plus rationnelles du traitement. Or, l'établissement qu'on va créer sera un asile mixte. Dans ces conditions le traitement des alcooliques, suivant les méthodes préconisées dans les établissements spéciaux, sera une chimère.

Il est un autre point sur lequel je désire attirer l'attention du Congrès. Le voici : l'alcoolique guérit vite des troubles morbides qui ont nécessité son internement. Une fois guéri, il récupère ses droits à la liberté et, de fait, rien ne peut le retenir à l'asile. Il sort, ne tarde pas à recommencer ses excès. Quelque temps après, il est de nouveau interné, non sans avoir fait courir quelque risque ou causé quelque dommage à la société. A l'étranger, les lois autorisent l'internement prolongé de ces êtres dangereux. Notre législation ne nous le permet pas. Il y aurait, en conséquence, utilité à demander la création de dispositions légales analogues à celles qui sont en usage à l'étranger. Permettre au

récidiviste de l'ivrognerie de retourner dans la société dans les conditions où il peut y retourner actuellement, c'est vouloir stériliser avant la lettre l'œuvre de progrès que doivent réaliser les asiles spéciaux pour alcooliques.

Il s'agirait donc de priver temporairement de leur liberté des individus qui ont montré qu'ils étaient dangereux pour la sécurité publique. Il me semble que c'est à la justice qu'il appartient de prononcer la prolongation du traitement. Cette responsabilité, qui n'a rien de médical, ne doit pas être confiée au médecin. Si l'intervention de la magistrature doit être repoussée, au nom même de notre dignité professionnelle, dans le placement des aliénés, on n'en peut dire autant de son intervention à propos de leur sortie et surtout de la sortie des ivrognes séquestrés dans les asiles spéciaux.

M. Deschamps, conseiller général de la Seine, demande au Congrès un *programme* à suivre pour l'édification prochaine de l'asile spécial, dont il a fait voter le principe et les fonds d'établissement sur le vaste domaine de Ville-Évrard. On peut ramener à cinq les questions qu'il pose : 1° doit-on construire un asile d'alcooliques dans le département de la Seine? 2° si l'édification de cet asile doit être différente de celle des autres asiles d'aliénés, est-il possible au Congrès de soumettre un programme dont s'inspireront les architectes décidés à concourir? 3° les services généraux peuvent-ils convenir à la fois à un asile d'aliénées (femmes) et à un asile spécial d'alcooliques (hommes)? 4° quelle est la catégorie d'aliénés qu'il conviendrait d'interner dans cet asile spécial? 5° croit-on qu'il sera facile au département d'utiliser les cinq cents places de l'asile d'alcooliques?

M. A. Voisin (de Paris) distingue les ivrognes occasionnels et les ivrognes de profession. Suivant lui, c'est à ceux-ci qu'on devrait réserver l'asile spécial qui serait doté d'un quartier de cellules pour les ivrognes qui auraient un accès de délire. Il y aurait des quartiers de plus en plus grands pour les malades tranquilles. Le travail à air libre ne serait permis qu'aux alcooliques à peu près guéris.

M. Bourneville. — Tout de suite je dois déclarer, pour qu'il n'y ait pas de doute sur mon opinion, que je voterai les conclusions qui terminent le remarquable rapport de notre collègue, M. Ladame, concernant la création d'*asiles spéciaux* pour le *traitement de l'ivrognerie*. Ceci dit, j'aborde les questions soulevées par M. Deschamps. Ma tâche se trouve d'ailleurs singulièrement facilitée par les observations présentées par MM. Vallon, Legrain et A, Voisin. M. Deschamps a fait allusion au programme que j'ai été chargé d'élaborer pour être discuté par la Commission de surveillance des asiles de

la Seine et relatif à la construction d'un cinquième *asile d'aliénés*. On ne croyait pas, a-t-il dit, qu'il fallait un programme spécial pour la construction d'un asile d'alcooliques. On pensait que c'était la même chose qu'un asile d'aliénés. Cette erreur, un peu étrange, a été partagée par l'Administration. En effet, à la séance du 19 juillet de la Commission de surveillance des asiles de la Seine, l'Administration, après avoir rappelé le vote du Conseil général sur la création et la mise au concours d'un *asile d'alcooliques*, annonçait qu'elle avait décidé de remettre aux architectes concurrents la partie adoptée de mon rapport sur le cinquième asile d'aliénés. Nous avons fait remarquer que ce rapport avait trait à un asile d'*aliénés* et non à un établissement d'*alcooliques* sur lequel la Commission n'avait pas été consultée. Du reste, n'ayant pas étudié la question de l'organisation d'un établissement pour les alcooliques — et qu'entend-on par là? — je ne me sentais pas en mesure, quant à présent, de tracer un programme quelconque. Notre rapport, ajoutions-nous, ne peut être donné qu'à titre de renseignement. La discussion s'est terminée par un vote déclarant que la Commission de surveillance dégageait sa responsabilité relativement à la cration d'un asile d'alcooliques.

En l'absence d'un programme administratif, et du titre que portent les affiches : construction d'*un asile d'aliénés*, les architectes se trouvent dans un grand embarras. M. Deschamps, qui les y a mis, vient nous demander de les en tirer, en traçant ici, séance tenante, le programme, que n'ont donné ni lui, ni le Conseil général, ni l'Administration, d'un *asile d'alcooliques*. Déjà, les précédents orateurs ont démontré les inconvénients de l'adjonction d'un *asile d'ivrognes* à côté d'un *asile d'aliénés*. Il s'agit là, en effet, d'un établissement hybride.

M. Deschamps a cru aussi utile de demander au Congrès ce qu'il faut entendre par *alcooliques*. C'est là une question qui aurait dû être préalablement tranchée. Nous l'avons déjà posée à l'Administration, qui n'a pas répondu, et pour cause.

Selon nous, les *alcooliques* pourraient être ainsi classés : Il y a : 1° les *ivrognes*, les uns accidentellement, les autres de profession ; — 2° ensuite les *alcooliques* délirants (aliénés) à l'état subaigu, aigu ou suraigu ; — 3° enfin les aliénés dont les diverses formes mentales ont pu être occasionnées par des excès alcooliques.

Est-ce à toutes ces catégories qu'est destiné le futur asile, ou n'est-ce qu'aux *ivrognes* ? Le programme est tout à fait différent suivant les cas.

Vous demandez si vos deux asiles — celui des hommes *alcooliques*(?) et celui des *femmes aliénées* peuvent avoir des services généraux communs. On vous a dit qu'un asile d'ivrognes devait avoir une discipline toute particulière; qu'une surveillance constante devait s'opposer à l'introduction des boissons alcooliques. Or, avec des services

généraux communs à chaque instant vous courrez le risque de voir la surveillance déjouée et votre traitement compromis. D'où la nécessité d'avoir un asile distinct pour vos *alcooliques* ou vos *ivrognes*. Et puis la contiguïté de votre asile de *femmes aliénées* avec un hôpital d'*hommes ivrognes* ne constitue-t-elle pas, au point de vue moral, une situation pénible pour vos malades aliénées et pour leurs familles ? Votre conception ne constitue pas un progrès.

Vous avez réclamé, dites-vous, une enquête auprès des médecins pour savoir quelle était la proportion des malades qu'on pourrait retirer des anciens asiles pour les mettre dans l'asile des alcooliques. M. Deny vous a répondu cinq, M. Charpentier soixante-quinze. Leurs services étant semblables, la divergence des réponses tient à ce que l'un vous a donné le chiffre des ivrognes professionnels qui, de temps en temps, ont des accidents d'alcoolisme qui les font interner comme aliénés, tandis que l'autre a compris dans sa statistique les aliénés chez lesquels l'alcoolisme a joué un rôle dans la production de l'aliénation mentale. Or, à notre avis, les délirants alcooliques constituent un groupe de *malades aliénés* dont la place est dans les asiles ordinaires. A plus forte raison en est-il de même des autres aliénés à excès alcooliques. Si vous les placez dans votre futur asile, il devient alors un véritable asile d'aliénés.

Nous estimons que les malades *aliénés* doivent passer avant les *ivrognes*. Que c'est à faire face à ces besoins du service des aliénés qu'il faut d'abord consacrer les ressources disponibles. Or, sur vos 12 à 13,000 aliénés, 6,000 seulement à peine sont hospitalisés dans les asiles de la Seine. Les autres sont exilés, loin de leurs parents, loin de leurs amis — ce qui est inhumain — dans les asiles des départements, où ils prennent la place des malades de ces départements, qu'on transforme en incurables, qu'on n'hospitalise pas parce qu'ils coûtent, tandis que les nôtres rapportent. Ce qu'il faut, en premier lieu, c'est réaliser, en le mettant à la hauteur des besoins nouveaux, le programme indiqué il y a une trentaine d'années.

En ce qui concerne les *ivrognes*, espèce particulière de malades, vous n'avez pas le droit de les interner; ils ne rentrent pas dans les formes habituelles, classiques de l'aliénation mentale. Il vous faut donc, avant de créer un asile pour eux, obtenir une *loi* qui vous permette de les hospitaliser, de les interner, de les traiter, de les maintenir malgré eux. C'est par là qu'il faut commencer. Vous verrez ensuite à manifester pour eux vos bonnes intentions et à leur construire des asiles spéciaux.

M. Joffroy. — Je suis d'avis qu'il y a utilité à créer un asile spécial pour les alcooliques, et cela pour plusieurs raisons dont je ne citerai qu'une seule.

Comment traite-t-on les malades intoxiqués par la morphine ?

Par la suppression du poison. Eh bien ! les alcooliques sont des intoxiqués au même titre que les morphinomanes ; il convient donc de procéder à leur égard comme on le fait avec ces derniers, c'est-à-dire de leur supprimer l'alcool.

Or, pour débarrasser un morphinomane de ses habitudes morphiniques, il faut recourir à l'internement dans un asile : le même procédé doit être mis en usage pour les alcooliques. Ainsi se trouve justifiée la création d'un asile spécial.

Maintenant quels sont les alcooliques qu'on devra placer dans cet asile spécial ? Nous savons qu'il y a une quantité d'individus qui sont des sujets prédisposés, chez qui l'alcool joue le rôle de cause occasionnelle pour déterminer l'apparition de troubles mentaux passagers. C'est surtout pour les malades de cette catégorie que l'asile spécial me semble présenter une grande utilité.

Un second point sur lequel je désire m'arrêter un instant est relatif à la construction et à l'organisation intérieure de l'asile. On dit que l'asile d'alcooliques comprendra un quartier réservé exclusivement à ces derniers et un autre quartier où seront traités des aliénés ordinaires. De plus il y aura des services généraux communs aux deux sections. A cette organisation, je vois de sérieux inconvénients. Que se passera-t-il en effet ? Ce qui arrive dans beaucoup d'asiles et en particulier à l'Asile clinique où j'ai mon service. Le médecin prescrit l'abstinence aux alcooliques ; mais au bout de quelques jours ils sont employés à différents travaux dans l'intérieur de l'établissement et la récompense que l'administration accorde aux travailleurs consiste précisément dans une ration supplémentaire de vin ; d'autre part, les travailleurs se trouvent en contact dans les ateliers avec des ouvriers du dehors qui procurent les boissons alcooliques les plus variées à leurs compagnons de travail quand ce n'est pas le chef d'atelier lui-même qui se charge de les approvisionner d'alcool.

Je crois donc qu'il y a intérêt à ne pas établir de services généraux communs au quartier d'alcooliques et au quartier affecté aux aliénés ordinaires, pour ne pas voir survenir dans l'asile spécial les faits qui se produisent actuellement dans nos asiles et qui sont un obstacle sérieux au traitement des alcooliques.

En troisième lieu, je dirai quelques mots au sujet de la progression constante de l'alcoolisme en France. A quoi tient cette progression ? Tout d'abord à ce qu'on boit maintenant plus d'alcool qu'autrefois et cela dans des proportions extraordinaires. Pour s'en convaincre, il suffit de consulter les statistiques dressées par l'administration et relatives à la consommation de l'alcool. Celles-ci démontrent que la progression est constante et va s'accentuant de jour en jour. Laissez-moi, à ce propos, vous citer quelques chiffres. A Paris, la consommation moyenne d'alcool absolu par habitant, pendant l'année 1893, a été de 7 litres environ. A Caen et à Rouen,

elle est d'un peu plus de 15 litres et à Cherbourg elle atteint 18 litres. Il s'agit là d'alcool absolu et pour avoir la quantité d'alcool consommé par chaque habitant sous forme d'eau-de-vie, il convient de doubler au moins les chiffres précédents. En outre, il ne faut pas oublier que cette statistique, basée sur des chiffres relatifs à la consommation de l'alcool soumis aux droits, ne tient pas compte de l'alcool introduit en fraude, lequel entre cependant pour une large part dans la consommation.

Parallèlement à l'accroissement de la consommation de l'alcool, se manifeste une augmentation dans le nombre des cas de folie alcoolique, et la fraude n'est pas étrangère à la recrudescence de l'alcoolisme. Nous savons que l'alcool exerce sur l'organisme une action d'autant plus délétère qu'il est moins pur et c'est surtout sur la qualité de l'alcool que s'exerce la fraude. De ce fait, le danger se trouve donc encore accru.

Que pourrait-on faire en face de cette situation, pour parer, dans une certaine mesure, aux dangers qu'elle présente? Demander aux buveurs de restreindre leurs excès de boisson, c'est une éventualité sur laquelle il n'est pas permis de fonder de sérieuses espérances. Il n'est pas possible non plus de leur demander de ne boire que des alcools de bonne qualité, en raison du prix élevé de ceux-ci. Mais un vœu qu'on peut formuler, c'est de demander à l'État de surveiller la fabrication des alcools et de n'autoriser la vente que d'alcools complètement rectifiés. Pour réaliser ce désidératum, il conviendrait d'établir le monopole de l'alcool, l'État pourra ainsi exercer un contrôle plus effectif sur sa fabrication. Par conséquent, création du monopole de l'alcool et surveillance de sa rectification, voilà des réformes que, dans un intérêt social, nous avons le devoir de réclamer.

M. Deny (de Paris) fait remarquer que si, conformément à l'opinion exprimée par M. Joffroy, on place dans l'asile d'alcooliques tous les prédisposés qui présentent des troubles mentaux, à la suite d'excès de boisson, cet asile spécial sera rapidement envahi par des aliénés ordinaires et ne répondra plus à sa véritable destination.

M. Joffroy réplique que son intention n'a jamais été de confondre les délirants systématisés avec accidents alcooliques surajoutés, par exemple, avec les prédisposés qui font un délire relevant manifestement de l'intoxication par l'alcool et susceptible de guérir par la suppression de l'agent toxique.

M. Doutrebente (de Blois) manifeste quelques craintes au sujet de la qualité de l'alcool qui serait livré à la consommation si l'État en monopolisait la fabrication.

M. Joffroy répond qu'on n'a qu'à se reporter aux expériences réalisées à l'étranger et qui ont été exposées dans le rapport de

M. Alglave. Celles-ci paraissent avoir donné en Suisse, par exemple, d'excellents résultats, et l'on peut espérer qu'en France il en serait de même.

M. Giraud s'attache ensuite à faire ressortir l'importance du caractère confessionnel des *sociétés de tempérance à l'étranger*. Là seulement où elles ont eu ce caractère, elles ont pu donner quelque résultat; aussi estime-t-il qu'il n'y a pas à compter sur ce moyen de réformer les mœurs d'une partie de la population en France; il se rallie à la proposition de M. Joffroy concernant la monopolisation par l'Etat.

M. Rouby lit sur l'*alcoolisme en Algérie* un mémoire dans lequel il établit que l'ivrognerie fait beaucoup plus de ravages parmi les colons que parmi les Arabes.

La séance est levée.

Le congrès charge MM. Ladame et Legrain, de lui soumettre les conclusions définitives au début de la prochaine séance, fixée au lendemain mercredi à 2 h. 1/2. — La séance est levée à 5 heures et rendez-vous est donné pour le lendemain à 9 heures à l'asile privé de Sainte-Marie.

Séance du 8 *août* (soir). — Présidence de M. Pierret.

ASSISTANCE ET LÉGISLATION RELATIVES AUX ALCOOLIQUES.

Après lecture du procès-verbal, M. Ladame propose au Congrès d'émettre les vœux ci-après : 1° *Que des asiles spéciaux soient fondés pour le traitement des buveurs;* 2° *Que des mesures spéciales soient prises à l'égard des buveurs d'habitude qui constituent un véritable danger pour la société.*

MM. Giraud, Charpentier prennent la parole sur le sujet ainsi que le Dr Bourneville qui propose de voter d'abord sur la question de principe de séquestration et de la nécessité d'une loi. Sans une loi qui autorise l'internement des ivrognes, il est parfaitement inutile de créer un asile pour eux.

L'ordre est interverti, la première question passe au deuxième rang. La discussion d'hier recommence et MM. Legrain, Vallon et Charpentier présentent des observations sur les mots *ivrognerie* et *alcoolique*.

M. Bourneville dit qu'il s'agit des buveurs incorrigibles, dits ivrognes de profession, dangereux pour l'ordre public, qui sont d'abord l'objet principal du rapport de M. Ladame, ce qu'on semble oublier; c'est de l'assistance des *ivrognes* qu'il s'agit et non de celle des alcooliques aliénés ou des aliénés par alcoolisme.

M. Deschamps qui se rend compte de la faute commise par le Conseil général demande au Congrès d'émettre le vœu qu'une commission administrative spéciale soit nommée pour étudier le programme d'un *asile d'alcooliques*.

La discussion semble s'égarer. M. Vallon reprend la parole pour demander simplement le désencombrement de son service, il voudrait un violon, une *garderie* pour les ivrognes qu'on arrête et qui, le lendemain, sont guéris.

M. Deschamps. — Si vous attendez une loi, vous attendrez bien dix ans; je viens vous offrir l'application de vos désirs, le moyen de désencombrer vos asiles. Au Conseil général de la Seine, nous demandons des conseils, tout en vous offranr 500 places nouvelles pour des alcooliques. Dans notre zèle, nous avons peut-être le tort de marcher trop vite; mais cependant il y a lieu de prendre une décision.

M. Bourneville fait observer que le moment n'est guère propice à la nomination d'une commission — non par le Congrès mais par l'administration de la Seine; que l'élaboration du programme demandé exigera des recherches et du temps; que les architectes concurrents sont à l'œuvre et doivent remettre leurs projets, quels qu'ils soient, à la fin de novembre; que le Congrès n'a pas à s'immiscer dans les questions particulières — ce qui aurait assurément de graves inconvénients, — mais à traiter des questions générales intéressant tous les pays.

M. Brissaud trouve dangereux d'engager la responsabilité du Congrès. — M. Joffroy propose un troisième vœu, devant lequel M. Deschamps retire le sien. Ce vœu est ainsi conçu : *que les médecins aliénistes soient consultés pour la construction d'un asile pour les alcooliques*. — Ce vœu est adopté.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES NÉVRITES PÉRIPHÉRIQUES.

M. Babinski expose les relations qui existent, d'après certains auteurs, entre le *tabes* et les *névrites périphériques*. Il rappelle les lésions de l'ataxie locomotrice : sclérose des cordons postérieurs, dégénérescence des racines postérieures, altérations de la substance grise de la moelle ou du bulbe, atrophie des nerfs optiques et enfin des névrites (Pierret, Déjerine). La plupart des pathologistes s'accordent à reconnaître que les lésions des racines postérieures sont secondaires et celles des cordons postérieurs primitives. Toutefois certains auteurs prétendent que la sclérose des cordons postérieurs résulte d'une dégénérescence secondaire consécutive à l'altération des racines postérieures. Cette manière de voir ne me paraît pas exacte; en effet, d'une part, il n'est pas prouvé que le processus anatomique de la sclérose tabétique soit identique à

celui de la dégénération secondaire, et, d'autre part, il est établi que la sclérose des cordons postérieurs peut exister sans que les racines postérieures soient nettement altérées.

Ce que l'on peut dire, c'est que les fibres des cordons postérieurs qui dégénèrent dans le tabes appartiennent principalement au système des fibres radiculaires. Mais quel est le point de départ de l'altération de ces fibres? Il était tout naturel de le chercher dans les centres trophiques des fibres en question, dans les ganglions cérébro-spinaux. Cependant les résultats des investigations anatomiques, sauf dans quelques cas exceptionnels, ont été négatifs. Si l'on veut, néanmoins, continuer à soutenir que des altérations ganglionnaires sont l'origine de la dégénérescence des fibres radiculaires, il faut invoquer l'existence de lésions dynamiques, ce qui n'est jusqu'à présent qu'une pure hypothèse.

Passons maintenant aux altérations du système moteur. Leur point de départ peut être localisé, à titre d'hypothèse, comme celui des lésions du système sensitif, dans les cellules nerveuses. Les altérations périphériques des fibres motrices peuvent être attribuées à une modification dynamique des cellules dont ces fibres dérivent, c'est-à-dire des cellules motrices de la moelle et du bulbe. Dans certains cas les modifications cellulaires sont plus profondes et de dynamiques elles deviennent organiques.

Cette hypothèse établit une relation étroite entre les altérations périphériques et les altérations centrales du système moteur. D'après cette conception, l'agent du tabes exercerait d'abord son action pathogène sur certains centres cellulaires en y produisant des modifications organiques dont les altérations des fibres des nerfs et de la moelle ne seraient que la conséquence.

Enfin, la dégénération des fibres du nerf optique serait aussi sous la dépendance de quelques modifications plus ou moins appréciables de leur centre trophique.

Une opinion toute différente a été émise. On a supposé que les altérations des nerfs étaient primitives et que les lésions cellulaires qu'on observe parfois n'en étaient que la conséquence et se développaient par le mécanisme de la névrite ascendante. Le tabes, dit M. Déjerine, apparaît de plus en plus comme une maladie des nerfs périphériques, sensitifs, sensoriels ou moteurs.

Je rappellerai cependant qu'il n'existe pas encore une seule observation de névrite d'origine externe ayant donné naissance à des lésions spinales comparables à celles qui appartiennent au tabes. Je ferai observer ensuite que les polynévrites alcoolique, saturnine ou diphtéritique ne paraissent pas capables de donner naissance à la maladie de Duchenne.

M. Pierret. — Depuis près de vingt-cinq ans j'ai publié un grand nombre de travaux sur le tabes; je n'y reviendrai pas, je désire

seulement consigner aujourd'hui les principaux résultats qui découlent de mes recherches. J'ai montré en premier lieu que le tabes dorsalis vrai était une maladie systématisée et j'en ai fourni la preuve en établissant qu'à côté des lésions de l'axe médullaire il existait dans cette affection des altérations du cerveau et des nerfs. Le premier, j'ai décrit l'existence fréquente, au cours du tabes, de névrites cutanées. Toutes les parties du système nerveux sont donc altérées, à des degrés divers, dans le tabes et il serait tout aussi inexact de le considérer comme une affection du système nerveux central que d'en faire une maladie exclusivement périphérique.

Mais il y a un second point que je désire mettre en relief, parce qu'il prouve une fois de plus les nombreux liens qui unissent la pathologie mentale à la neurologie. Quelle doit être la dominante symptomatique d'une affection qui porte son action sur l'ensemble du système nerveux? Elle se traduira surtout par des phénomènes douloureux, sensitifs ou sensoriels extrêmement pénibles. Or ces phénomènes, contrairement à l'opinion commune, retentissent fréquemment sur l'intelligence et finissent par déterminer l'apparition, chez les vieux tabétiques, de véritables délires à forme lypémaniaque ou à forme de délire de persécution. J'en ai rapporté plusieurs exemples. On peut observer également dans les mêmes conditions les différentes variétés de délire qui caractérisent la paralysie générale progressive, lorsque l'extension des lésions tabétiques du cortex a donné naissance à une véritable méningo-encéphalite secondaire.

Des psychoses dans les polynévrites. M. Régis (de Bordeaux). — Plusieurs auteurs, surtout étrangers, ont décrit, comme on sait, des troubles mentaux de la polynévrite. Ces troubles mentaux peuvent se présenter avec des manifestations délirantes et hallucinatoires variées, mais leur symptôme fondamental est l'obtusion, la *confusion mentale*, pour employer l'expression maintenant courante. Cette confusion mentale se traduit essentiellement, comme tous les auteurs l'ont fait remarquer, et en particulier Charcot pour la polynévrite alcoolique, par une perte de la mémoire massive, écrasante, portant plus spécialement sur les faits récents et actuels, si intense parfois que les malades, lorsqu'on leur pose une question, l'oublient immédiatement, comme ils perdent le souvenir des premiers mots d'une phrase qu'ils commencent, du repas qu'ils viennent de faire, etc., etc

Si l'on est tout à fait d'accord sur les caractères symptomatiques de l'état mental dans la polynévrite périphérique, en revanche on ne l'est point sur sa pathogénie. Certains auteurs, comme Korsakoff, font de cet état mental une manifestation spéciale à la polynévrite, d'où le nom de *cérébropathie toxémique* ou *psychose polynévritique*, qu'ils lui ont attribué. D'autres, tout en

reconnaissant qu'on le rencontre assez fréquemment dans la polynévrite, n'admettent pas qu'il lui soit spécial, encore moins subordonné, et considèrent que trouble mental et polynévrite sont deux conséquences possibles d'une même cause, l'intoxication ou l'infection.

Certains faits dans lesquels le même trouble mental s'est observé à la suite d'une maladie infectieuse sans coexistence de polynévrite, joints aux nombreux faits que l'on connaît de polynévrite sans le moindre désordre intellectuel, sont très probants à cet égard. En voici un, du même ordre, que je viens d'observer tout récemment.

Un jeune homme, à la suite d'une angine diphtéritique grave, présenta une obtusion mentale des plus manifestes. A peine rentré au corps, au mois d'avril 1894, il fut atteint d'une nouvelle maladie infectieuse, la rougeole, qui, dès la période d'incubation, aggrava notablement son état psychique en y ajoutant un élément mélancolique accompagné de tendance au suicide. A la fin du mois de mai, ce jeune homme, de nouveau en convalescence, revint chez lui et comme il ne s'améliorait pas au point de vue cérébral, on me l'amena le 10 juillet. Il est hébété; on lui parle, il n'a pas l'air de comprendre et fait répéter la question. Avant d'y répondre, il a l'air de réfléchir, puis il parle lentement, en mots coupés, hachés, espacés les uns des autres par de courts silences, comme s'il cherchait dans l'intervalle ce qu'il va dire. Il a oublié bien des choses, notamment les détails de ses deux infections, sur lesquelles il ne donne que des renseignements très vagues; il ne sait ce qu'il a fait la veille et dans la journée; il ignore s'il a mangé. Il se rappelle beaucoup mieux les souvenirs anciens, notamment les leçons d'école et l'écriture sténographique apprise autrefois, mais il serait fort embarrassé, dit-il, pour expliquer les installations électriques dont il s'occupait un peu avant son tirage au sort. La mémoire, du reste, n'est pas seulement atteinte; il y a chez lui adynamie psychique générale intense, car la moindre opération de la pensée nécessite un effort et un temps relativement considérables. L'équation personnelle, mesurée à ce point de vue par M. Rivière, a donné un retard double de la normale. A côté de cette obtusion, on trouve encore chez le malade un certain degré de dépression mélancolique sans délire, conscient, presque logique, qui lui fait désirer la mort plutôt que de rester indéfiniment dans cet état d'infériorité mentale.

Tel est, depuis près de huit mois, l'état psychique du malade, ce qui prouve combien sont profonds et durables les retentissements des maladies infectieuses sur le système nerveux.

Or, ce malade, dont l'état mental est manifestement l'état mental caractéristique de la *psychose polynévritique*, n'a jamais eu de polynévrite, ou plutôt il n'en avait jamais eu jusqu'ici, lorsque le 24 juillet, à la suite d'un refroidissement léger, il se présente à

nous avec un peu d'arthrite de l'épaule gauche, de vives douleurs spontanées du bras de ce côté, exagérées par le moindre mouvement, enfin une hyperalgésie au toucher du nerf cubital tout le long de son trajet. La plupart des nerfs des membres sont douloureux, en particulier les nerfs cubitaux, les nerfs circonflexes, les cruraux. Certains points des masses musculaires sont également douloureux. Il y a aussi quelques troubles de la sensibilité, notamment de l'hypo-esthésie symétrique au niveau des épaules.

Je laisse aux neurologistes le soin de décider si, dans ce cas, on peut suppposer que ces manifestations d'ailleurs incomplètes et peu intenses de polynévrite sont imputables à l'infection déjà ancienne et de nous dire s'il existe des précédents de ce genre. *A priori*, cela peut être et il me semble qu'étant donné la persistance si longue des troubles post-infectieux, on peut admettre que l'infection laisse après elle et pour longtemps une disposition éminemment favorable aux polynévrites, sous l'influence de la moindre cause occasionnelle. Quoi qu'il en soit et s'il y a réellement ici un début de polynévrite, je tiens à faire remarquer que cette polynévrite n'est survenue que près de huit mois après l'apparition de l'obtusion mentale et que, par conséquent, on ne peut la considérer comme véritablement liée au trouble mental.

Ce fait vient donc à l'appui de cette opinion que la psychose dite polynévritique est tout simplement une psychose infectieuse, et je suis de ceux qui pensent, par conséquent, que polynévrite et psychose sont deux manifestations différentes de la même cause, l'intoxication ou l'infection, susceptibles de se présenter suivant les cas, soit isolées, soit associées.

La séance est levée. (*A suivre.*)

La journée du jeudi — août a été consacrée aux excursions au Puy de Dôme. Le soir un banquet réunissait la plupart des congressistes. Parmi les invités nous signalerons M. le préfet Bardon, M. Lécuellé, maire, M. Bleynie, vice-président de la commission des hôpitaux et hospices de Clermont-Ferrand, etc. Des toasts ont été portés par M. Pierret, président, par le préfet, par M. le Dr Ladame, M. le maire, nos amis Bousquet, Joffroy, Brissaud, A. Marie, Doutrebente. B.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance du 30 *juillet* 1894. — Présidence de M. A. Voisin.

M. Rist. *Sur un pseudo-attentat anarchiste.* — Il s'agit d'un fait-divers dont les journaux ont entretenu leurs lecteurs, il y a envi-

ron trois mois. Un jeune homme, afin d'obtenir de l'avancement dans une administration dont il était employé, prétendit avoir sauvé le bâtiment où il travaillait et ses habitants des dangers d'une explosion, et, pour appuyer son dire, apporta une bombe chargée dont il prétendit avoir éteint la mèche en temps opportun.

Cette supercherie avait été combinée d'une façon si grossière que l'intégrité des facultés mentales du délinquant fut mise en doute. J'eus l'occasion de l'observer deux fois dans sa prison et je constatai que j'avais affaire à un déséquilibré que l'on pourrait même taxer de demi-imbécile. Je suis convaincu que les idées de crimes anarchistes hantaient depuis longtemps l'esprit de M. X... et que ce n'est que par timidité et par un reste de conscience qu'il a transformé un vrai crime en une innocente supercherie.

A cette occasion, j'appellerai l'attention sur l'intérêt qu'il y aurait à publier dans les journaux spéciaux le plus grand nombre possible de cas analogues (cas fréquents dans les prisons), afin d'en former un faisceau de faits imposants qui permettraient d'étudier avec fruit l'histoire de ces sujets éminemment suggestibles.

Les renseignements fournis par la famille ne permettent pas de considérer M. X... comme un héréditaire. Dans ses antécédents personnels, on relève anciennement quelques idées vagues de persécution, depuis longtemps dissipées. Etant donné les motifs d'intérêt (avancement) qui ont poussé M. X... à simuler un pseudo-attentat anarchiste, étant donné surtout son degré d'éducation, les bons exemples qu'il avait sans cesse sous les yeux dans le milieu où il vivait, j'ai conclu à sa responsabilité, mais à sa responsabilité atténuée, en raison de sa demi-imbécillité. X... a été condamné à un an de prison.

Après quelques observations de MM. Vallon et Charpentier, M. Christian demande à M. Rist si on ne se trouve pas là en présence d'un acte analogue à ceux commis si fréquemment par les hystériques, dans le but d'attirer l'attention sur eux.

M. Rist. — J'ai recherché vainement chez l'individu dont je parle les stigmates hystériques.

M. Colin. *Sur le fonctionnement et l'organisation de la colonie des aliénés criminels de Gaillon.* — Gaillon est l'infirmerie des aliénés des prisons, on y détient non pas des aliénés devenus criminels, mais des criminels devenus aliénés dans le cours de leur détention. Au point de vue numérique, le service de surveillance y est très bien organisé. Les surveillants (des gardiens de prison) y sont répartis dans la proportion de 3 pour 10 ou 12 malades ; ces gardiens sont doublés par des auxiliaires ; on arrive ainsi à une surveillance exercée par une personne pour deux malades. Il est regrettable que les auxiliaires soient des condamnés en cours de peine, comme

cela existe du reste à l'infirmerie du Dépôt de la Préfecture de police, avec les mêmes inconvénients.

Le régime alimentaire est excellent et, à ce point de vue comme à celui de la surveillance, l'organisation de Gaillon est bien supérieure à celle de la majorité des asiles de province.

Il est fâcheux que les aliénés ne travaillent pas, car la moitié de ces aliénés étant épileptiques et inoccupés, le temps se passait pour eux en tentatives de rixe, provocations, échanges de propos grossiers. J'ai commencé à organiser le travail. La tâche m'a été relativement facile, car le travail est bien rémunéré. Le prix de la journée de travail est à Gaillon de 1 fr. 25 par jour; cette rémunération est considérable, comparée au pécule journalier de la Seine, soit 0 fr. 30 à 0 fr. 40, et surtout à celui des aliénés de province, soit 0 fr. 20 à 0 fr. 10. C'est là un vif encouragement au travail, car cela permet à ces malades de s'offrir à la cantine des douceurs qu'ils ignoraient jusqu'ici. Malgré tous ces avantages, on ne rencontre que bien rarement des simulateurs. L'immense majorité des pensionnaires de Gaillon provient des prisons de province; peu viennent de Paris; la raison en est qu'à Paris les prévenus sont, bien plus facilement qu'en province, l'objet d'expertises médico-légales. Guéri au point de vue mental, l'aliéné ne sort de Gaillon qu'à l'expiration de sa peine; si, à cette même époque, il est encore un irresponsable, il doit être transféré dans un asile public; mais on rencontre alors des difficultés considérables pour placer ces malades, car en province c'est à qui leur refusera l'entrée de l'asile.

Par conséquent, que le malade s'améliore ou non, l'état de choses actuel est pour lui déplorable et la responsabilité du médecin me semble gravement engagée dans les deux cas.

M. Charpentier pense que, même avec la nouvelle loi, la direction des aliénés criminels sera toujours une source d'embarras considérables pour le médecin traitant.

M. Motet. — La prochaine loi remédiera à ces multiples inconvénients, car il y est dit d'une part que tout aliéné criminel sera maintenu tant qu'il sera susceptible de rechute, et d'autre part l'intervention de la magistrature dégagera la responsabilité du médecin.

Marcel Briand.

BIBLIOGRAPHIE.

V. *Du traitement électrique du tabes. — Recherches cliniques*; par le Dr Simon Laborde. (Thèse de Bordeaux, n° 79.)

Les résultats obtenus à la clinique du professeur Bergonié démon-

trent que de toutes les méthodes d'électricité, la plus efficace dans le traitement du tabes est celle par les courants continus suivant le procédé d'Onimus modifié sur un point, la direction du courant. On emploie à la clinique électrothérapique de Bordeaux des courants continus dirigés sur la colonne vertébrale — indifféremment ascendants ou descendants et non pas exclusivement ascendants, comme l'indique Onimus. On applique à la région cervicale et à la région lombaire chacune des deux électrodes mesurant 150 centimètres carrés, préalablement trempées dans l'eau ordinaire, et on fait passer pendant dix minutes ou un quart d'heure un courant constant de 12 à 20 milliampères. Il importe de régler cette intensité suivant la sensation éprouvée, qui doit être intermédiaire entre le picotement et la brûlure légère, sans jamais atteindre celle-ci. On obtient par ce traitement non pas la guérison du tabes, mais dans certains cas une amélioration qui peut porter sur les douleurs, les troubles oculaires, la faiblesse des membres.

E. Régis

VI. *Des états seconds; variations pathologiques du champ de la conscience;* par le Dr Louis-Henri-Charles Laurent (Thèse de Bordeaux, n° 13.)

Intéressant et important travail de 180 pages, fait sous l'inspiration de M. le professeur Pitres et où sont passées en revue, dans une étude critique d'ensemble, les diverses théories relatives à la psychologie des états seconds. En voici les conclusions :

Il existe une série d'états psychiques, désignés sous le nom d'états seconds, caractérisés, dans les cas les plus nets, par une véritable altération de la personnalité, le sujet étant *autre* qu'à l'état de veille et perdant, lors de son retour à l'état normal, le souvenir de tout ce qui s'est passé pendant la période pathologique. Ces états ne doivent pas être étudiés séparément, mais bien groupés en un seul faisceau, car il n'y a entre eux qu'une différence de forme, déterminée par leur cause occasionnelle. Le phénomène psychologique est, au fond, toujours le même, fait bien prouvé par la facilité avec laquelle ces états peuvent se transformer l'un dans l'autre et la persistance presque constante de la mémoire des actes accomplis, pendant l'un, dans l'autre.

A ces cas bien tranchés (altération de la personnalité, somnambulisme naturel ou provoqué, automatisme ambulatoire, sommeil produit par l'éther ou le chloroforme, dernière période de la grande attaque), il faut joindre un certain nombre d'états frustes, caractérisés par la prédominance des phénomènes subconscients et le souvenir partiel et souvent vague au moment du retour à l'état normal; ce sont : les états frustes de Bernheim, de distraction de P. Janet, de fascination de Brémaud, le sommeil naturel et le rêve, l'ivresse, etc.

Cette prédominance des actions inconscientes et subconscientes peut même se rencontrer pendant la veille chez une classe particulière d'individus, les hystériques. L'étude clinique de ces malades permet de constater chez eux un stigmate mental constant, le rétrécissement du champ de la conscience, phénomène qui, mieux que tout autre, permet d'expliquer les troubles de leur état mental et certains de leurs stigmates physiques, bien qu'il reste encore à trouver la raison de la systématisation des anesthésies que la distraction seule ne suffit pas à expliquer.

Le rétrécissement du champ de la conscience permet chez ces malades l'organisation d'un personnage inconscient ou subconscient toujours prêt à se manifester, ce qui permet de comprendre que le somnambulisme naturel ne se produit que chez les hystériques, que le somnambulisme provoqué ne peut être nettement et facilement produit que chez eux et que, chez l'homme physiologiquement sain, à conscience large, on ne pourra jamais déterminer que des états frustes d'hypnose.

Cet état particulier de débilité mentale, qui peut coïncider pourtant dans l'hystérie avec un certain brillant de l'intelligence, se produit également chez l'homme sain sous diverses influences dont l'effet général est d'affaiblir la puissance mentale et la répétition peut amener la production artificielle d'un état mental analogue à celui de l'hystérique. E. Régis.

FAITS DIVERS

Asiles d'aliénés : *Mutations et nominations.* — A la suite du dernier concours de médecins adjoints, ont été nommés :

MM. Vigoureux, à l'asile d'Évreux ; Anglade, à l'asile de Bracqueville ; Maupati, à l'asile d'Armentières ; Viallon, à l'asile de Dijon ; Charruel, à l'asile de Fains ; Bourdin, à l'asile de Bassens ; Hamel, à l'asile de Dôle ; Berbez, à Saint-Meen ; Pétharman, à l'asile de Lafond (arrêté du 1er août).

M. le Dr Dericq, médecin adjoint à l'asile de Prémontré, est nommé directeur médecin à l'asile d'Alençon, en remplacement de M. Pagès, décédé (10 juillet) ; M. le Dr Lwoff, médecin adjoint à l'asile d'Auxerre, est nommé médecin adjoint à Prémontré (1er août) ; M. le Dr Allaman, médecin adjoint à l'asile de Bailleul, est nommé médecin adjoint à l'asile d'Auxerre (3 août).

Le rédacteur-gérant, Bourneville.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 994

Vol. XXVIII. Octobre 1894. N° 92.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE MENTALE

ASILE CLINIQUE (SAINTE-ANNE). — M. MAGNAN.

DES DÉLIRES SYSTÉMATISÉS DANS LES DIVERSES PSYCHOSES.

PREMIÈRE LEÇON.

SÉMÉIOLOGIE GÉNÉRALE[1].

SOMMAIRE. — *De la méthode en pathologie mentale. — Monomanie et délire partiel. — La teneur du délire ne fournit au diagnostic aucune indication précise. Il faut étudier : 1° sa genèse ; 2° son évolution.*

Folie diathésique et folie sympathique : Hérédité et folie, graduation de l'influence héréditaire dans les diverses psychoses. — Délires systématisés dans les états maniaques et mélancoliques, dans la folie intermittente, le délire chronique et la dégénérescence mentale.

Différences dans la genèse des délires. — Différences dans leur évolution.—La prédisposition et l'état mental sous-jacent rendent compte de ces différences.

La même influence se fait sentir dans les états mixtes tenant à la fois de la pathologie et de la psychiatrie. — Délires dans l'alcoolisme, les névroses, la paralysie générale.—Conclusion.

MESSIEURS,

Deux méthodes sont en présence pour l'étude de la folie. L'une fragmente le grand complexus symptomatique par

[1] Leçon faite à la Clinique, recueillie par le Dr Pécharman, médecin adjoint des asiles de la circonscription de Paris.

Un exemple va vous faire mieux comprendre ce que j'entends dire.

Il y a quelques années, entrait dans mon service une jeune maniaque de vingt-deux ans, atteinte d'une syphilide papuleuse. Dès le lendemain, un de mes amis, syphiliographe très expérimenté, accourt pour me parler de cette superbe manie syphilitique. L'exemple était bien choisi pour démontrer qu'il n'y avait rien de syphilitique dans cette manifestation de la folie, que les secousses morales endurées par la jeune fille avaient comme cause déterminante une influence tout aussi grande que la syphilis et que ses antécédents expliquaient la prédisposition qui faisait le fonds même de l'état maladif et en était la véritable cause efficiente.

Cette malade présentait un accès maniaque simple ; elle était d'une volubilité extrême ; loquace, hallucinée, elle criait, chantait, sautait, dansait, se roulait à terre, et, laissée libre comme les autres malades du service, elle donnait large carrière à son besoin de mouvement.

J'affirmais à mon distingué confrère qu'il n'y avait chez cette malade que les caractères habituels de la manie vulgaire, que rien chez elle ne pouvait faire supposer une maladie différente. J'ajoutais que très probablement dans six semaines à deux mois, l'accès maniaque toucherait à sa fin ; que s'il n'y voyait pas d'inconvénients, on ne ferait pas immédiatement le traitement spécifique, de manière à bien établir la guérison de l'accès sans iodure et sans mercure. Or, si l'accès venait à guérir, la syphilis restant la même, il faudrait bien admettre l'absence de corrélation entre l'une et l'autre, et, par suite, que l'adage *post hoc, ergo propter hoc* si souvent invoqué en matière de syphilis, démontrerait que la manie et la syphilis étaient ici deux états coexistants, avec une étiologie différente, et non pas autre chose.

D'un commun accord, nous instituâmes le traitement : des toniques et du fer, la malade étant chloro-anémique ; du bromure, des bains et du chloral à trois ou quatre reprises.

Au bout de quinze jours, cette jeune maniaque commença à dormir la nuit, mais elle restait fort agitée le jour ; deux semaines après, se produisirent, dans la journée, des moments de répit, d'abord très courts, puis de plus en plus longs, et finalement, au bout du second mois, la malade était guérie de son accès maniaque. Elle s'occupait d'une façon régulière, se

tenait convenablement, dormait bien, mais présentait encore les mêmes accidents syphilitiques, peut-être un peu plus accusés, pour lesquels je priai mon confrère de vouloir bien instituer un traitement.

Eh bien ! ne croyez-vous pas qu'envisagé par un esprit prévenu, ce cas devenait la pierre angulaire d'une nouvelle manie, la manie syphilitique ? La manie eût guéri malgré le traitement spécifique, peut-être après une durée un peu plus longue, mais enfin eût guéri, et la spécificité du traitement eût entraîné la spécificité de la maladie.

C'est encore en exagérant l'influence étiologique de certaines fonctions que l'on arrive, ainsi que l'a fait le Dr Skae, à admettre comme autant d'espèces particulières la folie aménorrhéique, la folie post-connubiale, la folie de la grossesse, la folie puerpérale, la folie de la lactation, de la ménopause, la folie utérine qu'il désigne du nom de *ovario-mania*, *utéromania*, sans compter la folie de la masturbation. Il suffit d'énumérer ces espèces pour montrer à quelles exagérations peut conduire la logique d'une théorie trop absolue.

Voilà une méthode naturellement féconde en nombreuses espèces pathologiques, mais, derrière cette abondance, se cache une véritable stérilité et, au milieu de cette mosaïque symptomatique, le clinicien, désorienté, ne peut se retrouver, car il perd de vue l'importance relative et l'ordre hiérarchique des différents syndromes.

Un délire ne se développe donc pas au hasard. Il faut, pour le faire naître, une certaine *forme cérébrale* qui est presque toujours donnée par l'hérédité. Mais cette hérédité qui plane sur toute la pathologie mentale, n'a pas également marqué ceux qu'elle entache.

Il en est qu'elle a complètement tarés ; viciés dès le début, profondément modifiés dans les manifestations de leur activité psychique, ils sont des infirmes moraux, des difformes intellectuels ; et chez eux s'allient souvent à la faiblesse mentale des malformations physiques. Il y a déviation du type, rétrocession dégénérative, et, en vertu de la similitude de leurs caractères, création d'une espèce toute particulière de malades : les *héréditaires dégénérés*. Ceux-ci ont toujours un pied dans la folie ; d'un brusque écart, sous l'action des causes les plus futiles, ils peuvent courir du calme au délire et retomber les jours d'après dans une relative tranquillité.

A l'autre extrémité de la pathologie mentale se rangent les sujets que l'hérédité n'a presque pas atteints; faiblement prédisposés, ils peuvent, s'ils se trouvent soumis à des agents puissants de débilitation (excès, veilles, fatigues, émotions, marches prolongées, etc.) présenter un accès de *manie* ou de *mélancolie simple :* chez eux la folie est fortuite, passagère et en général ne reparaît pas.

Dans un autre groupe, les *délirants chroniques*, à prédisposition plus accusée, mais dont l'équilibre mental reste intact jusqu'au jour où se développe la maladie, le délire marche sans trêve ni arrêt, suivant systématiquement toujours la même évolution.

Entre ces derniers et les *héréditaires dégénérés*, sur l'échelon intermédiaire, prennent place les *fous intermittents*. Chez eux, la prédisposition native, latente pendant longtemps, n'en fait pas moins sentir plus tard son intervention énergique et soudaine : elle suscite ainsi le développement et la reproduction d'accès maniaques ou mélancoliques, isolés ou combinés de diverses manières. Ces malades ont l'intelligence intacte avant le premier accès, ils retrouvent de même, pendant les périodes intercalaires, la plénitude de leurs facultés.

Manie et mélancolie simples, délire chronique, folie intermittente, dégénérescence mentale sont des synthèses cliniques à caractères fixes, des *psychoses* nettement définies qui réunissent et classent le plus grand nombre de faits. Sur les limites se montrent les cas hybrides, comme en présente la clinique dans toutes les maladies, mais ces faits exceptionnels ne font que confirmer la réalité de ces espèces pathologiques.

C'est donc dans ces groupes que nous devons étudier les *délires systématisés*. Ce sont les caractères nettement définis de ces types morbides qui nous donneront les caractères évolutifs des délires.

On a décrit des délires systématisés consécutifs à des accès de *manie* ou de *mélancolie*. Mais, dans la plupart des cas signalés, le nouveau complexus psychique avait pris racine dans l'accès lui-même, les conceptions délirantes ne s'étaient pas déployées en une marche progressive, souvent des idées hypochondriaques se mêlaient aux idées de persécution ou de grandeur ; c'étaient donc, en général, des accès maniaques ou mélancoliques chez des dégénérés.

Les accès de *folie intermittente* se traduisent ordinairement

par des phases mélancoliques ou maniaques, par des délires le plus souvent diffus. Dans des cas plus rares, ces accès sont constitués par de véritables délires systématisés (ambitieux, mystique, de persécution), mais courts et limités à un petit nombre d'idées. Le diagnostic devient d'ailleurs facile si l'on tient compte de la marche et de la périodicité des accès, de l'intégrité de l'état mental dans la période intercalaire, de l'apparition du premier accès chez un sujet de vingt-cinq à trente-cinq ans jusque-là sain d'esprit (ce qui exclut les héréditaires), du développement brusque, sans cause déterminante énergique, sans période prémonitoire (ce qui écarte les mélancoliques et les maniaques simples).

Restent le *délire chronique* et la *dégénérescence mentale*, c'est-à-dire la psychose des sujets préalablement normaux, et le vaste complexus où viennent se ranger tous les déséquilibrés du cerveau.

Le fond sur lequel va s'élever le délire diffère donc essentiellement dans ces deux types opposés. La genèse et l'évolution de leurs délires, ces deux éléments significatifs que nous cherchons, seront également opposés.

Je vous disais, il y a un instant, qu'une conception délirante ne s'implante solidement que lorsque le terrain est prêt à la recevoir. Or chez le dégénéré que se passe-t-il? L'hérédité en a fait comme un terroir de la folie. Bien avant la floraison délirante, des anomalies de l'intelligence, des irrégularités morales et affectives en étaient sorties. A son tour, le délire jaillit violemment, avec l'instantanéité d'une inspiration, armé pour ainsi dire de toutes pièces, enveloppé dès sa naissance de son ornement de troubles sensoriels. Le malade est-il persécuté? Tout de suite il entend ses ennemis; tout de suite, il se plaint de leurs ténébreuses machinations, et il ne reste pas longtemps à les connaître. C'est chez lui une systématisation d'emblée, sans contrôle, sans gestation; le délirant dégénéré ne réfléchit pour ainsi dire pas; il objective aussitôt les bizarres constructions de son subjectivisme morbide.

Chez le délirant chronique, rien de pareil. C'est au sommet d'une vie de travail que sourdement se modifie un état mental jusque-là parfait. A ce moment la lutte pour la vie est à son apogée; les heurts quotidiens de l'existence, les chagrins, les échecs ruinent-ils insidieusement cette intelligence, rendent-ils ce cerveau jusque-là valide apte à l'éclosion de la

folie ? Quoi qu'il soit, au moment précis où le délire se formule, il y a déjà longtemps que la fermentation est créée ; péniblement impressionné par une série de circonstances fâcheuses, le futur délirant chronique se replie sur lui-même : il se concentre, il médite. Cette sorte de rumination psychologique l'aigrit davantage encore. Il appréhendait ; à présent, il soupçonne ; demain, il accusera. Le germe délirant est né, et il ne fera que grandir, fécondé par la réflexion et le raisonnement. Car si le dégénéré accepte, s'il s'assujettit tout de suite au joug de la folie, le délirant chronique proteste et se défend. Il examine, il cherche, il veut savoir et ce n'est qu'après un siège de plusieurs années qu'il fait sa reddition au délire.

Ainsi, la genèse du délire est très différente dans ces deux ordres de psychoses ; l'évolution ne l'est pas moins.

Chez les dégénérés tout est aventure et désordre : ces délires que nous avons vu s'installer avec tant de rapidité, achevés dès leur apparition, ont souvent une étrange complexité. Les idées de persécution coudoient les idées de grandeur ; à elles se superposent des idées mystiques, des conceptions hypochondriaques, et tout ce mélange incohérent et enchevêtré, disparaît souvent comme il est né. Ce n'est pas à dire que certains délires des dégénérés ne se limitent, ne se cantonnent dans une sphère plus étroite, en apparence bien systématisée. Mais, dans ce cas, je vous l'ai dit, il n'y a pas de préface au délire : complet dès le début, il n'évolue pas davantage ; il piétine sur place, il marque le pas, sans progresser ni s'accroître, tournant dans un cercle fermé. D'ailleurs ces délires qui se prolongent dans le temps, mais restent fixes dans leur forme, ne sont le plus souvent que la traduction d'un côté de l'état mental que nous apprendrons à connaître : l'*obsession*. Et ici encore, pareils à cette obsession, ils peuvent s'amender, disparaître, reparaître, cesser pour toujours ou durer indéfiniment. Le délire du dégénéré peut donc guérir ; il ne devient incurable qu'au moment où le niveau intellectuel s'affaisse.

Le délirant chronique, au contraire, ne guérit pas ; dès qu'il a franchi les premières hésitations, dès qu'il est installé dans la conviction de ses erreurs, il lui est impossible de rétrograder. Chaque jour s'étend davantage ce champ des illusions auxquelles il s'attache ; et chaque jour il y pénètre plus avant. Sa certitude vient de sa logique ; il croit parce qu'il raisonne. Mais il est inébranlable, il évolue malgré lui, et lorsque

sa résistance cérébrale commence à diminuer, sa personnalité exagérée revêt une forme nouvelle. Aux idées de persécution succèdent les idées de grandeur. Le dégénéré, être originellement taré, peut entrer d'emblée dans le délire ambitieux, cette manifestion des cerveaux affaiblis. Le délirant chronique n'y vient qu'au moment où son intelligence fléchit : alors, sous la violente poussée du travail syllogistique, le délire ambitieux affleure à la surface.

En somme, délire chronique et dégénérescence s'opposent l'un à l'autre en totalité. Qui dit délire chronique exclut par ce fait même la dégénérescence.

L'étude des maladies de l'esprit n'est pas réduite aux psychoses; elle comprend aussi les états mixtes tenant à la fois de la pathologie et de la psychiatrie. Nous avons vu le rôle que joue la prédisposition dans l'apparition des psychoses. Ce rôle n'est pas moindre dans la genèse des troubles intellectuels survenus dans ces états mixtes.

Passons rapidement en revue ces nouvelles espèces pathologiques : alcoolisme, névroses, lésions circonscrites et diffuses des centres nerveux.

Un accès aigu ou subaigu d'alcoolisme éclate chez un sujet pour la première fois; son délire actif, souvent violent, est fait d'hallucinations multiples, mobiles, terrifiantes, se rapportant à ses habituelles occupations. Puis l'orage se calme; les dernières conceptions délirantes fuient avec les dernières vapeurs d'alcool, et l'alcoolisé reconnaît sans peine l'inanité de ses constructions maladives. Ce malade est l'alcoolique simple, non prédisposé; chez lui, le délire est comme un rêve qui ne résiste pas aux réalités du réveil. Mais que ce malade soit au contraire un prédisposé, et il peut projeter son délire au delà du temps d'action du toxique. L'excitation corticale ne s'apaise pas complètement chez lui, les troubles sensoriels se limitent au sens de l'ouïe, le délire se circonscrit en une série de conceptions pénibles, en quelques idées de persécution qui peuvent subsister pendant des mois entiers. D'autre part, si l'alcoolique non prédisposé secoue rapidement les terreurs qui l'assiègent, il revient le plus souvent à sa faute, il récidive, et, à chaque rechute nouvelle, il crée en lui une prédisposition qu'il n'avait pas au début, il prépare aux idées délirantes le sol où elles pourront s'élever, après chaque accès, plus vigoureuses et plus tenaces. L'alcoolique chronique, dépourvu au

début de prédisposition, peut donc avoir lui aussi, à la suite d'un accès subaigu, des idées de persécution avec hallucinations auditives, quelquefois des idées de grandeur, c'est-à-dire des délires systématisés.

Comme les intoxications, les névroses ont leurs délires. L'épilepsie, cette grande névrose à paroxysmes, peut accoler à l'attaque, en dehors des accès maniaques ou mélancoliques qui lui sont habituels, de véritables délires systématisés, plus rares, courts en général, mais pouvant s'étendre et durer parfois jusqu'à trois semaines. Dans ces circonstances, il ne faut pas l'oublier, même si le malade paraît lucide et répond assez exactement aux questions, l'inconscience est la règle. Mais chez un épileptique, à côté de l'hérédité qui l'a doté de la névrose, il peut y avoir une hérédité collatérale, distincte de la précédente, une hérédité vésanique. Le sujet devient alors un être hybride, il peut se montrer à la fois délirant inconscient, du fait de ses antécédents épileptiques, et dégénéré à délire systématisé, s'il se rattache à des ascendants aliénés. Supposons, au contraire, cet épileptique avec des tares vésaniques moins graves, et rien ne s'oppose à ce qu'il construise un délire chronique. On comprend enfin que, s'il s'alcoolise, il puisse délirer encore sous cette influence nouvelle. De telle sorte, qu'avec le délire systématisé épileptique pourront coexister chez lui des délires systématisés d'un tout autre ordre et d'un pronostic différent.

Des considérations analogues s'appliquent aux délires systématisés de l'hystérie, délires en général assez courts et de diagnostic facile.

Des délires systématisés peuvent aussi surgir à l'occasion des lésions circonscrites du cerveau. Je dis à l'occasion, car ce serait une erreur de croire que le délire en dépend. On sait combien de malades à lésions encéphaliques circonscrites encombrent nos salles d'hôpitaux, et cependant on n'en remarque qu'un petit nombre qui délire. Tout se réduit, chez la plupart, à l'affaiblissement de la mémoire, à la dissociation des idées; si le délire se surajoute à cette déchéance de la fonction, actif quand la lésion est faible ou débute, effacé quand cette lésion est étendue ou progresse, on peut dire que le sujet atteint est un prédisposé. Dans son étude sur les « troubles intellectuels liés aux lésions circonscrites du cerveau » (1890), M. Lwoff a publié plusieurs observations de

délire systématisé chez des sujets atteints de lésions circonscrites. Dans sa thèse sur « les psychoses de la vieillesse » (1893), M. Pécharman a relevé plusieurs cas fort intéressants de délire systématisé chez les vieillards, c'est-à-dire chez des sujets dont le cerveau est en voie de régression athéromateuse. Or, dans tous ces faits, la prédisposition joue le rôle le plus important ; la lésion cérébrale n'a été que la cause déterminante du délire.

L'activité des délires dans les lésions circonscrites du cerveau est en raison inverse de l'intensité de la lésion. Que dire alors de ces délires, dont je me propose de faire avec vous l'étude et dont l'énoncé constitue presque un paradoxe clinique : les délires systématisés dans la paralysie générale ? Ces deux termes sont-ils donc ennemis, contradictoires ? Qu'est-ce, en somme, que la paralysie générale ? Une sclérose interstitielle diffuse qui frappe aussi bien les centres de perceptions que leurs faisceaux de communication : de la sorte les images sont obscurcies et mobilisées, les moyens de transmission faussés, les associations des idées d'abord ralenties, puis impossibles. Comment comprendre, dès lors, la mise en jeu de ces associations d'idées qui créent la systématisation dans les délires ? Certes, cela est impossible chez le paralytique général dément, chez celui où tout mécanisme cérébral est rompu, où, en face de la lésion maxima, il n'y a plus qu'anarchie complète des fonctions. Mais quand cette lésion ne fait que débuter, quand elle tâte, pour ainsi dire, le terrain, quand il n'y a encore que des faux pas dans le fonctionnement intellectuel, pourquoi le délire systématisé ne serait-il pas possible ? Pourquoi ne le serait-il pas aussi pendant ces périodes de rémission qui interrompent la marche de la paralysie générale à la première période ? Je n'en veux pour preuve que ce paralytique général, actuellement dans le service, et que je vous présenterai dans une des prochaines leçons. Au moment de son arrivée à l'asile, au-dessus de l'affaiblissement mental, escorté des troubles somatiques classiques, ce malade n'avait qu'un délire confus, incohérent, un vrai délire de dément. Puis des modifications heureuses sont survenues, les facultés se sont améliorées, la mémoire s'est affirmée plus nette, l'association des idées moins fruste ; il y a eu, en un mot, rémission. Et, à mesure que s'effectuaient ces modifications, le délire incohérent du début faisait place à des idées de persécu-

tion coordonnées. Si bien qu'en l'absence des accrocs de la parole, de l'inégalité pupillaire, de quelques lacunes du souvenir, on eût pu croire à un délire systématisé pur de tout mélange.

Mais voici qu'un ictus frappe le malade, et aussitôt les idées délirantes s'enfuient, le paralytique obtus reparaît. Deux fois, semblable accident est venu couper la rémission, et, chaque fois, le délire systématisé s'est effacé pour se montrer de nouveau, dès que l'amélioration s'affirmait. Ici encore, dans le développement de ce délire systématisé, la prédisposition a presque tout fait; l'encéphalite n'a été que l'occasion.

Les considérations générales dans lesquelles je viens d'entrer tendent à prouver que la prédisposition et l'état mental sont les deux jalons directeurs dans l'étude des psychoses; c'est eux qui expliquent les différences dans la genèse et dans l'évolution des délires. C'est eux que nous aurons toujours en vue dans l'étude que nous allons faire des *délires systématisés dans les diverses psychoses.*

ASILES D'ALIÉNÉS.

NOTICE SUR L'ASILE DÉPARTEMENTAL D'ALIÉNÉS DE BONNEVAL (EURE-ET-LOIR);

Par le Dr CAMUSET.

(SUITE) [1].

Personnel. — Avant d'exposer les conditions générales d'hygiène de l'établissement, il est nécessaire de donner des renseignements sur son personnel. Dans les asiles d'aliénés, le personnel médical et le personnel administratif se confondent en très grande partie, il existe cependant un certain nombre d'employés d'ordre exclusivement administratif. Ici, le nombre de ces derniers, quoique réduit au minimum, est suffisant. L'asile étant dirigé par un médecin-

[1] Voir le dernier numéro, p. 184.

directeur, le service purement administratif est assuré par un économe, qui est en même temps receveur, un commis d'économat et un secrétaire de la direction; tous les autres fonctionnaires ou employés de l'établissement sont plus ou moins chargés de diriger les malades, de les surveiller et de les soigner, si l'on en excepte trois ou quatre agents subalternes comme le concierge et les commissionnaires. Voici le détail de tout ce personnel :

Service médical : Un médecin-directeur et un interne en médecine.

Service administratif : Un receveur-économe, un commis d'économat, un secrétaire de la direction, un concierge, deux commissionnaires.

Tout le reste du personnel est continuellement en contact avec les malades :

1° Division des hommes :		
Chefs d'atelier, jardiniers	7	23
Surveillant en chef	1	
Infirmiers	15	
2° Division des femmes :		
Chefs d'ateliers, cuisinières	6	36
Surveillante en chef	1	
Infirmières	29	

Une soixantaine d'infirmiers ou de chefs d'ateliers sont donc chargés de surveiller et de soigner une population de 525 aliénés, ce qui donne une proportion générale de 1 de ces agents par 10 malades. Si on ne tient compte que des infirmiers ou infirmières, en éliminant du calcul les chefs d'atelier, la proportion nouvelle s'éloigne naturellement un peu de la proportion générale précédente. On voit, en effet, que dans la division des hommes, il y a un infirmier pour 13 malades, et dans celle des femmes, une infirmière pour 11 à 12 malades. En somme, toutes ces proportions sont très satisfaisantes, et elles pourraient servir d'exemple à certains autres asiles[1].

A noter que le nombre des malades femmes est et a été de tout temps, à l'asile, supérieur à celui des hommes. Actuellement, il existe 315 femmes et seulement 210 hommes. Dans la division des femmes, quartiers de malades et ateliers, le service est fait par des religieuses et par des infirmières laïques. Ces dernières sont au nombre de 20; les religieuses, des sœurs de Saint-Paul de Chartres, sont au nombre de 16.

Conditions hygiéniques générales. — D'une façon générale, les

[1] Les fonctions d'aumônier sont remplies par le curé de Bonneval, c'est pourquoi je ne comprends pas l'aumônier au nombre des fonctionnaires de l'asile.

conditions hygiéniques sont très bonnes. La contrée est réputée salubre, les épidémies y sont rares. On a vu plus haut ce qu'il en était de l'aération et du cubage d'air des différents locaux.

Eau. — Les terrains d'assise sont sablonneux et argileux, et il existe plusieurs puits dans l'enceinte de l'établissement. Ces puits sont anciens et datent des moines, on ne les utilise plus. Un d'eux cependant est réputé pour la pureté de son eau, on y puise l'eau que l'on sert aux repas. Mais cette eau n'est pas plus pure que celle du Loir, elle est seulement plus froide qu'elle et c'est l'unique raison de sa réputation. En réalité, tous les puits de l'asile, aussi bien que ceux de la Ville, s'alimentent à la même couche d'eau souterraine, laquelle communique largement avec le Loir; on en a des preuves nombreuses et tangibles. C'est là une chose regrettable et qui, en temps d'épidémie, pourrait avoir des conséquences fâcheuses. Combien de villes, de grandes villes même, se trouvent malheureusement dans des conditions aussi défectueuses au point de vue de leur eau potable !

A l'asile, l'eau est distribuée partout et avec profusion; on trouve des robinets dans toutes les parties de l'établissement. On a établi, il y a quatorze ans, une canalisation qui part d'un château d'eau, lequel est accolé à l'asile, ou plutôt se confond avec un angle du bâtiment, et qui envoie des branches partout, même dans les jardins potagers, pour l'arrosage. L'eau est amenée au réservoir du château d'eau, au moyen d'une forte machine hydraulique installée sur le Loir. On a ainsi utilisé une chute d'eau qui, autrefois, faisait mouvoir un moulin et, par suite, on a évité les frais qu'eût nécessité le fonctionnement d'une machine à vapeur. Quand le pensionnat a été ouvert, on a placé, dans les combles, un second réservoir que l'on a mis en communication avec la machine hydraulique, ce qui fait que cette annexe de l'Asile est aussi abondamdamment pourvue d'eau que l'asile lui-même.

Eaux vannes, vidanges. — Les eaux vannes vont directement au Loir. Partout, sauf au pensionnat, on a établi des tinettes mobiles qui sont vidées et nettoyées tous les jours. Les déjections sont utilisées, après préparation, comme engrais dans l'établissement.

Au pensionnat, on a employé un autre système de vidange, et c'est regrettable. Un gros tuyau, sorte d'égout collecteur, reçoit les eaux vannes et les déjections de l'établissement et conduit directement le tout au Loir. C'est donc, en réalité, *le tout à l'égout* sans champ d'épandage, et par suite la contamination préméditée de la rivière en cas d'épidémie. Il est à peine utile de noter ici que pendant l'épidémie cholérique de 1892, le pensionnat ayant été transformé en lazaret, le premier soin a été de condamner, en les clouant, les portes de tous les cabinets d'aisances, et d'arrêter le fonctionnement de l'égout collecteur.

Régime alimentaire. — Il est satisfaisant. Au risque de paraître trop minutieux, je dois entrer dans quelques détails ; les personnes qui s'occupent de médecine mentale au point de vue pratique savent bien de quelle importance est le régime dans l'hospitalisation des aliénés. Et si, depuis quelques années, on a amélioré en général ce régime dans les asiles départementaux, c'est grâce aux efforts des médecins de ces établissements. Ici, à Bonneval, les malades sont certainement mieux nourris aujourd'hui qu'ils ne l'étaient il y a quinze ans. Le pain blanc et de première qualité n'est pas rationné. Sur les quatorze repas de la semaine, dix comportent un plat de viande. La boisson est l'eau rougie, la ration journalière de vin est, en réalité, peu considérable, mais on l'accroît en donnant assez largement un peu de vin pur comme supplément aux travailleurs et aux faibles. Quant aux légumes frais, les grandes cultures potagères de l'établissement permettent de les donner à profusion.

Il serait superflu de passer en revue tous les détails des services et d'entrer dans des considérations sur la vêture, la literie, etc... Par ce qui précède on voit, en résumé, que d'une façon générale les conditions hygiéniques de l'asile sont satisfaisantes.

Quant à la possibilité du fonctionnement de l'établissement tel qu'il vient d'être exposé, avec le prix de journée de 1 fr. 20 fixé pour les pensionnaires des départements, on l'explique par les quatre considérations suivantes : 1° Il existe à l'asile, en même temps que des malades au compte des départements d'Eure-et-Loir et de la Seine, un nombre assez important de pensionnaires de différentes classes dont les pensions plus ou moins élevées accroissent les ressources pécuniaires de l'établissement ; 2° les objets nécessaires à l'entretien des malades sont presque tous confectionnés dans les ateliers, et on n'achète guère que les matières premières ; 3° la ferme, la basse-cour, les potagers produisent d'importants revenus en nature. Les animaux de boucherie sont achetés de gré à gré dans les marchés de la contrée et tués à l'asile même, ce qui constitue une économie plus sérieuse qu'on ne pourrait le supposer ; 4° le personnel médico-administratif est réduit au strict nécessaire.

III. — Pour compléter cette notice, il reste à donner un aperçu de la constitution médicale de l'établissement, au point de vue de la pathologie ordinaire et à celui de la pathologie mentale.

La constitution médicale est ordinairement bonne. Les maladies ordinaires intercurrentes sont, en général, peu nombreuses. A aucune époque, on n'a constaté ces entéro-côlites chroniques, endémiques autrefois dans les asiles d'aliénés, et qu'on observe encore parfois de nos jours dans certains de ces établissements, par intervalle au moins. Ces diarrhées chroniques, qui aboutissent à la

mort dans le marasme, sont dues à l'encombrement et à un régime alimentaire défectueux, ces deux conditions étiologiques n'existent pas ici. En revanche, on a vu se développer dans l'asile, depuis sa fondation, plusieurs véritables épidémies qui se sont, du reste, rapidement éteintes.

En 1871, une épidémie de variole a fait monter la mortalité à 18,13 p. 100 de 10 à 11 p. 100, pourcentage moyen des années antérieures. On sait que pendant cette année néfaste, la variole a régné sur presque toute la France; elle a sévi dans nos contrées avec une intensité extrême. Parmi les habitants des campagnes, aucun n'était revacciné, beaucoup même n'étaient pas vaccinés du tout.

En 1878, une épidémie de dysenterie enleva vingt malades et la mortalité monta à 15,52 p. 100. Le médecin-directeur obtint à la suite de cette épidemie, de pouvoir améliorer d'une façon notable le régime alimentaire des malades. Depuis cette année 1878, on n'a plus observé à l'asile que quelques cas très rares et très espacés de dysenterie.

En 1888, nouvelle épidémie de variole, avec une vingtaine de cas mortels. La mortalité ne monta pourtant qu'à 11,65 p. 100. L'affection avait été importée à l'asile par un malade venant de Châteaudun où la variole régnait. Depuis cette époque, on a installé un service régulier de vaccination et de revaccination.

En 1892 enfin, une épidémie grave de choléra importée, croit-on, par une femme qui venait de Saint-Denis, près Paris, et qui séjourna quelques jours à Bonneval dans le voisinage de l'asile, avant d'aller mourir à Auneau. L'histoire de cette épidémie qui, en quelques jours, fit un nombre relativement considérable de victimes, a été exposée à l'Académie de médecine par M. le professeur Brouardel. Il est inutile de la reproduire ici. Rappelons seulement qu'il a été possible, par des moyens prophylactiques très rigoureux et scrupuleusement exécutés, d'éteindre assez rapidement l'affection sur place, et de protéger d'une façon absolue la ville de Bonneval.

En dehors de ces épidémies qui ont fait époque, on n'a jamais eu à traiter chaque année, dans les infirmeries, qu'un nombre très restreint de maladies internes ordinaires. Dans la majorité des cas, la mort survient dans le marasme, auquel aboutit la démence vésanique souvent, et auquel aboutissent la démence sénile et organique et la paralysie générale, toujours.

Les statistiques des maladies intercurrentes qu'on établit tous les ans ne diffèrent que très peu les unes des autres, et la liste suivante, qui est celle des maladies internes de l'année dernière, suffit pour faire connaître la nature et le nombre des maladies qu'on observe chaque année dans notre population de 525 aliénés.

Hémorrhagies et congestions cérébrales, 6 cas; bronchites

diverses, broncho-pneumonie, 12 cas; pneumonie, 3 cas; phtisie pulmonaire, 4 cas; affections organiques du cœur, 5 cas; dysenterie, 2 cas; néoplasmes de l'estomac, 3 cas; lithiase biliaire, 1 cas; rhumatismes articulaires aigus, 3 cas; fièvres typhoïdes, 3 cas.

Veut-on savoir à quelles affections ont succombé les 50 aliénés morts pendant la même année : marasme à la suite de démence vésanique et de démence sénile et organique, 20; hémorragie cérébrale, 2; paralysie générale, 13; broncho-pneumonie, 3; affection organique du cœur, 3; phtisie pulmonaire, 4; fièvre typhoïde, 1; attaques subintrantes d'épilepsie, 3; cancer de l'utérus, 1.

On remarque que les décès par paralysie générale sont assez nombreux. On verra plus loin que la paralysie générale n'est pas très rare en Eure-et-Loir, qui est cependant un département agricole par excellence. Il faut aussi tenir compte de ce fait que l'asile a toujours reçu des malades de la Seine et qu'il y a ordinairement, parmi ceux-ci, une assez forte proportion de paralytiquos généraux.

C'est à ce nombre de paralytiques généraux, insolite, peut-on dire, dans une région agricole et dépourvue de grands centres populeux, qu'il faut attribuer le pourcentage assez élevé de la mortalité de l'asile. La mortalité moyenne, dans le fait, ne correspond pas à la constitution médicale de l'établissement. Une autre cause qui élève aussi la mortalité, c'est la présence de beaucoup de déments séniles et apoplectiques qui seraient mieux à leur place dans des quartiers d'hospice. Mais ce n'est pas là une particularité spéciale à l'Eure-et-Loir; dans de nombreux départements il en est de même.

En somme, la moyenne de la mortalité annuelle, depuis la création de l'asile, c'est-à-dire depuis trente-deux ans, est de 10,53 p. 100, avec des différences annuelles peu considérables en général, sauf pour les années d'épidémie.

Au point de vue de la pathologie mentale, maintenant, quelques particularités doivent être notées.

Il est reconnu que les asiles d'aliénés n'ont pas nn aspect général uniforme dans toutes les régions de la France, et il semble que l'homme conserve, dans l'aliénation mentale, plus ou moins du caractère ordinaire de sa race. Par exemple, vus dans leur ensemble les aliénés des asiles de Bretagne et ceux des asiles du Midi ne donnent pas une même impression. Les premiers diffèrent des seconds par des allures plus calmes, une physionomie moins tourmentée, surtout une loquacité moins grande. Eh bien, sous ce rapport, on peut dire que les aliénés de Bonneval tiennent un rang intermédiaire entre les aliénés du Nord-Ouest et ceux du Midi.

Il ne faut pas oublier que le cinquième environ de nos aliénés est constitué aujourd'hui par des Parisiens, et que la proportion de ceux-ci était encore plus élevée ces temps passés. Les considérations psychiatriques qui suivent ne se rapportent qu'aux seuls malades

du département d'Eure-et-Loir. La question la plus importante est d'abord celle-ci : le nombre des aliénés augmente-t-il en Eure-et-Loir, et dans quelle proportion; et quel est le rapport qui existe entre le nombre de ces malades et la population de ce département?

On ne peut répondre que par les chiffres des statistiques de l'asile, mais ces chiffres n'expriment pas exactement les quantités auxquelles ils correspondent. En effet, s'il est facile d'éliminer des statistiques tous les malades qui proviennent des départements étrangers, il est impossible d'y faire entrer les malades soignés, soit dans des asiles publics des autres départements, soit dans des maisons de santé particulières. Mais la principale et aussi la plus grande cause d'erreur tient à ce qu'une partie seulement des aliénés du département est hospitalisée, les autres vivent en liberté. Dans quelle proportion sont-ils? Aucun document n'est capable de l'indiquer, et je n'oserai pas avancer un chiffre qui ne représenterait qu'une appréciation personnelle. Par exemple, ce que je puis dire hardiment, c'est qu'un très grand nombre d'aliénés qui, dans leur intérêt propre et dans l'intérêt de leur entourage, devraient être traités à l'asile, sont laissés chez eux et ne reçoivent pas les soins qu'exigerait leur état.

D'abord, pour les idiots et les imbéciles, les municipalités ne se décident le plus souvent à provoquer un arrêté préfectoral d'admission à l'asile en leur faveur, que lorsqu'une catastrophe, prévue pourtant, est venue démontrer que ces malades étaient réellement dangereux. Les municipalités reculent tant qu'elles peuvent devant la dépense que nécessite la pension des malades, dépense bien faible cependant, puisque le département en acquitte la plus grande partie. — Je me hâte d'ajouter que cette remarque s'applique, non aux villes, mais seulement aux petites communes rurales du département.

Quant aux vésaniques, on les laisse ordinairement arriver à la chronicité avant de songer à les isoler, et on n'en arrive trop souvent à ce dernier parti que lorsqu'il est impossible d'en prendre un autre. Cela tient à des raisons diverses, et surtout à la raison d'économie, dans nos petites communes.

Ce mal que je signale était certainement plus grand autrefois, il diminue tous les jours et on peut espérer qu'il finira par disparaître. Mais jamais les choses, dans nos départements agricoles, n'en arriveront à être sous ce rapport ce qu'elles sont aujourd'hui à Paris et dans les grands centres.

En somme, les chiffres qui suivent, et qui sont ceux des aliénés traités chaque année à l'asile, ne répondent que très approximativement aux chiffres réels de tous les aliénés du département pendant les mêmes années. (Voir la courbe de la population des malades pendant les trente-deux dernières années.)

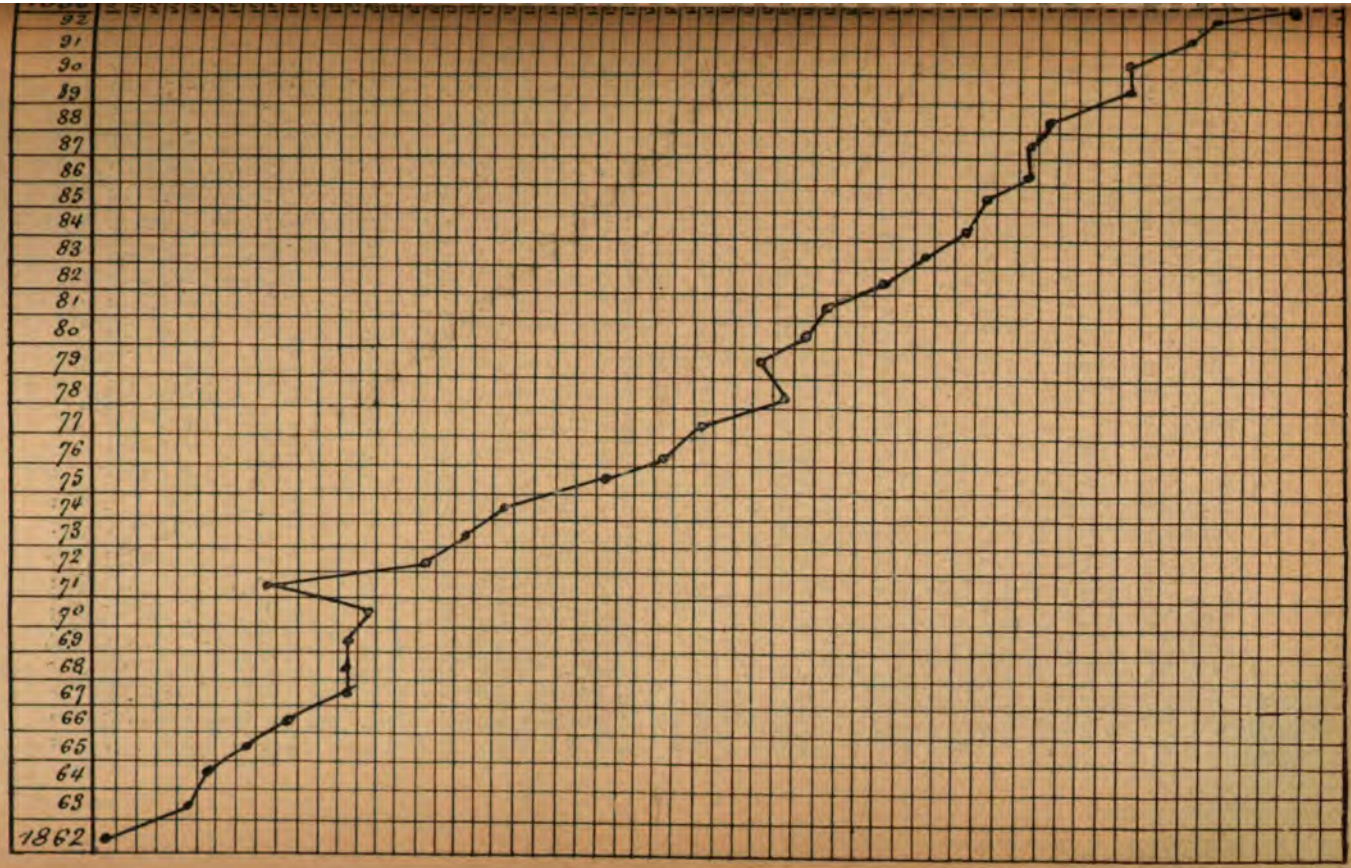


Fig. 11. — Courbe de la progression croissante du nombre des aliénés provenant du département d'Eure-et-Loir, à l'asile de Bonneval, depuis l'ouverture de l'établissement (1862), jusqu'à l'époque actuelle (1894).

Cette courbe indique quel a été, chaque année, le chiffre moyen de la *population des malades d'Eure-et-Loir* traités à l'asile, depuis la fondation de l'établissemeut. En 1862, année de l'ouverture des services, la population moyenne a été de 145 malades. En 1893, elle a été de 445 soit une augmentation de près de 300 en trente-deux ans. La proportion a été régulière, sauf en 1871. Pendant cette année, il y a eu au contraire rétrogradation, ce qui était dû à une grande mortalité, et non à une diminution des entrées.

Un accroisssement aussi considérable et aussi rapide du nombre des aliénés d'Eure-et Loir à l'asile serait réellement effrayant, s'il s'expliquait uniquement par un accroissement proportionnel des cas de folie en Eure-et-Loir. Mais il n'en n'est rien, et même, pour ma part, je suis porté à croire que la folie ne sévit pas aujourd'hui, dans le département, beaucoup plus qu'elle n'y sévissait il y a trente ans. Si notre courbe monte si haut et si vite, c'est que, et je viens d'insister sur ce point, l'on prend de plus en plus, dans la contrée, l'habitude de placer les aliénés à l'asile. Il faut aussi tenir compte de ce fait que l'asile n'est pas très ancien, et que beaucoup de malades chroniques y séjournent depuis les premières années de son fonctionnement, leur présence fait monter les moyennes annuelles, lesquelles sont ainsi loin d'être proportionnelles aux chiffres des entrées.

La recherche de la proportion des aliénés, par rapport à la population du département, au moyen des seuls éléments dont on puisse disposer, c'est-à-dire au moyen des seules statistiques de l'asile, devient, on le comprend par toutes les considérations qui précèdent, peu intéressante. Les chiffres obtenus ne peuvent fournir que des résultats très approximatifs et, par le fait, que des rapports. Aussi, n'en donnerai-je que quelques-uns.

Le Dr Hildenbrand, un ancien médecin directeur de l'asile, entrait volontiers dans de nombreux détails dans les statistiques de ce genre, voici les résultats auxquels il est arrivé pour les années 1882 et 1883.

En 1882, 1 aliéné par 701 habitants pour tout le département, mais les différents arrondissements fournissaient des résultats différents.

Ainsi, dans l'arrondissement de Chartres, on trouvait 1 aliéné pour 605 habitants; dans celui de Châteaudun, 1 par 695; dans celui de Dreux, 1 par 744, et dans celui de Nogent-le-Rotrou, 1 par 1,025 habitants.

En 1883, les proportions étaient presque les mêmes; il y avait, pour tout le département, 1 aliéné pour 697 habitants. Il me paraît inutile de multiplier les chiffres. Aujourd'hui, c'est-à-dire en 1893, il y a 1 aliéné par 646 habitants, pour tout le département. Le nombre relatif des aliénés aurait donc sensiblement augmenté, dans le département, pendant les dix dernières années. Encore une fois, je crois qu'il n'en n'est rien, et que si l'augmentation est

réelle, elle est en tous cas des plus minimes. De tous les arrondissements du département, c'est l'arrondissement de Chartres qui a toujours fourni et qui fournit encore la plus forte proportion relative d'aliénés, ce qui tient à ce que Chartres est la seule grande ville du département; elle possède 23,000 habitants.

Le département d'Eure-et-Loir est constitué par les immenses plaines dénudées et dépourvues d'eau de la Beauce, et par des régions boisées et vallonnées, comme le Perche, par exemple. Les habitants de la Beauce, les Beaucerons, diffèrent des autres habitants du département par les habitudes et même aussi un peu par le caractère. La Beauce a été, et est encore, dit-on, plus riche que le Perche, et cependant les Percherons, j'entends les ouvriers des champs et les petits cultivateurs, s'accordent plus de bien-être que les Beaucerons. Tous, Percherons et Beaucerons, aiment la terre avec passion, comme tous les paysans, du reste, mais les premiers montrent moins d'âpreté que les seconds dans la poursuite de sa possession.

Ces différences facilement appréciables ne semblent pas avoir une influence très grande sur la fréquence relative de l'aliénation mentale, chez les uns ou chez les autres. Cependant, les cantons du Perche donnent, presque tous les ans, un nombre relatif d'entrées à l'asile moins grand que celui qui est fourni par les cantons de la Beauce. Quant aux formes habituelles de l'aliénation, elles sont les mêmes quelle que soit la provenance des malades. J'ai, depuis six ans, recherché avec soin s'il existait, sous ce rapport, quelque particularité intéressante, j'ai compulsé, dans ce même but, les rapports médicaux de tous mes prédécesseurs, je n'ai pu en constater aucune.

Pour donner l'idée de la fréquence relative des diverses formes psychopathiques chez les aliénés d'Eure-et-Loir, je note dans le tableau suivant le nombre des aliénés de ce département entrés à l'asile depuis dix ans, c'est-à-dire depuis 1883, ainsi que les psychoses dont ils étaient atteints. Il n'est tenu compte, dans cette statistique, que des malades nouveaux, c'est-à-dire des malades qui n'avaient encore été traités dans aucun établissement spécial jusqu'au moment de leur admission à l'asile.

Pendant les dix dernières années, la moyenne annuelle des entrées pour les malades nouveaux, non encore traités dans un asile, est de 67,6, et d'une année à l'autre, l'écart entre le nombre de ces entrées n'est jamais considérable, sauf une fois en 1892.

Si l'on divise cette période décennale en deux périodes quinquennales, on voit que la moyenne annuelle des entrées pour la seconde période quinquennale n'est pour ainsi dire pas plus élevée que la moyenne annuelle des entrées pour la première. Si donc le nombre des aliénés augmente en Eure-et-Loir, il n'augmente, comme il a été dit plus haut, que très peu et très lentement.

	MANIE		MÉLANCOLIE		DÉLIRES PARTIELS		FOLIE ALCOOLIQUE		FOLIE ÉPILEPTIQUE		IDIOTIE ET IMBÉCILLITÉ		PARALYSIE GÉNÉRALE		DÉMENCE SÉNILE ET ORGANIQUE		TOTAUX		TOTAL GÉNÉRAL
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	
1883	5	12	4	8	1	3	1	»	»	5	3	5	6	2	2	5	22	40	62
1884	11	10	5	10	3	1	»	1	3	2	3	4	3	1	9	5	37	34	71
1885	3	7	7	10	1	»	2	»	»	»	4	»	6	2	8	8	31	27	58
1886	7	8	7	18	2	1	1	1	1	1	3	3	9	1	6	3	36	36	72
1887	9	11	10	12	2	4	»	»	2	»	3	6	7	2	1	1	34	36	70
1888	10	10	10	13	2	4	2	»	2	1	3	3	5	1	1	2	35	34	69
1889	5	9	4	13	1	5	5	1	3	1	4	1	9	»	4	2	35	32	67
1890	4	8	6	11	3	6	1	»	2	2	4	3	4	»	3	5	27	35	62
1891	6	11	3	12	»	7	1	»	1	»	6	4	6	2	3	3	26	39	65
1892	5	8	6	10	3	4	3	1	3	1	5	7	9	1	6	8	40	40	80
1883 à 1892	65	94	62	117	18	35	16	4	17	13	38	36	64	12	43	42	323	353	676

Le nombre des entrées pour les femmes est un peu plus élevé que ce même nombre pour les hommes, mais il en est de même dans la plupart des asiles départementaux. Mais ce qui est à noter, c'est la proportion minime des délires partiels. Les vésanies essentielles sont dans la très grande majorité des cas représentées par leurs formes élémentaires, manie et mélancolie. Ainsi, sur 391 cas de folies simples, nous n'avons que 53 cas de délires partiels. Ce n'est pas dans cette courte notice qu'il convient de discuter cette question, je dirai seulement qu'il existe, sous ce rapport, entre nos malades d'Eure-et-Loir et nos malades de la Seine, des différences notables, et que les conceptions délirantes des seconds, quelles que soient les maladies mentales dans lesquelles elles entrent comme éléments, sont, d'une façon générale, bien plus compliquées, bien plus *intellectuelles*, si on veut bien me passer l'expression, que les conceptions délirantes des premiers.

Notre tableau démontre aussi le bien fondé de plusieurs remarques faites journellement sur l'ensemble de nos malades. Ainsi, il fait voir, d'une façon irréfutable, que les formes expansives et dépressives de la folie, la manie et la mélancolie, se présentent en proportions à peu près égales, et que la manie essentielle est fréquente chez les hommes. Elle est relativement rare chez eux à Paris et dans les grands centres. Il fait voir également qu'on observe souvent les diverses formes de la mélancolie, surtout chez les femmes. Et à ce sujet, je noterai que certaines conceptions délirantes sont très communes chez nos mélancoliques. Beaucoup de ces malades refusent de manger et il faut les nourrir à la sonde. On parvient encore assez souvent à les alimenter par le procédé suivant : on dispose dans les coins, et à côté des ordures, des aliments, ils s'en emparent subrepticement et les dévorent en cachette. Ils sont ruinés ou bien ils ont peur de se ruiner. C'est là, en réalité, l'exagération morbide d'un sentiment d'avarice malheureusement commun chez les paysans.

Quelques mots encore, en finissant, sur deux affections dont l'importance est extrême en géographie médicale, l'intoxication alcoolique et la paralysie générale.

A s'en tenir scrupuleusement au tableau, les cas de folie alcoolique seraient rares, et l'alcool ne ferait guère de ravages en Eure-et-Loir. Ce serait se faire une grande illusion que de conclure de la sorte. Oui, il arrive rarement à l'asile des malades atteints de folie alcoolique typique avec son délire et ses hallucinations caractéristiques. En dix ans, on n'a reçu que vingt de ces malades, mais la cause en est dans ce fait que la folie alcoolique typique se dissipe souvent très vite, et que les sujets qui en sont atteints sont soignés chez eux ou dans les hôpitaux du département. On n'envoie pas à l'asile les malades atteints de delirium tremens.

Il n'est que trop certain qu'on consomme en Eure-et-Loir, qui

n'est pas un département viticole, beaucoup de boissons alcooliques de toutes sortes, qu'une boisson très appréciée dans le Perche est le cidre de poires, le poiré, qui est particulièrement nuisible, et que l'alcoolisme, en somme, est très répandu dans la région, l'alcoolisme chronique surtout. Il est certain également, et tous les médecins de l'asile l'ont noté, que l'intoxication alcoolique entre comme appoint sérieux dans l'étiologie de quantité de cas de manie et de mélancolie, aussi bien chez les femmes que chez les hommes.

Quant à la paralysie générale, on a soigné en dix ans, à l'asile, 76 sujets provenant du département atteints de cette affection, 64 hommes et 12 femmes. Si en plus on considère que dans les pays agricoles, la forme démentielle de la paralysie générale est de beaucoup plus fréquente que dans les centres populeux, et que la paralysie générale à forme démentielle est soignée, non à l'asile, mais dans les hôpitaux et les familles, on voit que la paralysie générale est loin d'être rare dans le département. Quelle est la cause de la fréquence relative, dans nos contrées, de cette affection qui, prétend-on, était presque inconnue autrefois dans les campagnes? Il est impossible de le dire.

HISTOIRE ET CRITIQUE

BARBE BUVÉE

EN RELIGION, SŒUR DE SAINTE-COLOMBE ET LA PRÉTENDUE POSSESSION DES URSULINES D'AUXONNE (1658-1663).

(Étude historique et médicale, d'après des manuscrits de la Bibliothèque nationale et des Archives de l'ancienne province de Bourgogne.)

Par le Dr Samüel GARNIER,
Médecin en chef, Directeur de l'Asile de Dijon[1].

(*Suite et fin.*)

Le 14 août 1662, dix jours après l'arrêt du Parlement rapporté plus haut, une jeune fille de vingt-deux ans, nommée Moroge, servante de l'abbé Jannon, curé d'Auxonne, et qu'on

[1] Voir les quatre précédents numéros.

disait possédée, vint à mourir presque subitement. Le Parlement ayant eu avis qu'elle était morte empoisonnée, ordonna par un arrêt du 23, l'exhumation du corps et commit un médecin et un chirurgien pour en faire l'autopsie. On découvrit alors que le corps de cette fille avait été ouvert antérieurement, ce qui empêcha de reconnaître avec certitude les traces du poison supposé. Un premier rapport des chirurgiens commis, par le maire d'Auxonne, portait bien que la fille Moroge était morte d'un abcès à l'estomac et qu'elle était vierge; mais le rapport du médecin et du chirurgien commis par le Parlement déclarait qu'elle était déflorée et que, selon toute apparence, elle avait dû accoucher depuis quelques mois. Il résulta de l'information que cette fille s'étant rendue un jour chez un épicier nommé Terrestre, lui acheta pour « six blancs d'arsenic », pour empoisonner, disait-elle, les rats du curé. Quoiqu'on n'ait pu éclaircir, si elle prit ce poison ou si on le lui fit avaler, les symptômes observés pendant sa maladie, tels que soif inextinguible, vomissements continuels, langue et dents noirâtres, démontraient un empoisonnement arsenical. On sut, d'autre part, qu'avant de mourir elle avait déclaré quelque chose au Maire, et que celui-ci avait jugé à propos de faire pratiquer l'autopsie. Les deux chirurgiens désignés par lui avaient déjà commencé cette opération et fait une incision cruciale, quand le curé Jannon fit irruption dans la salle en disant s'opposer formellement à cette autopsie, que la fille Moroge n'était point morte, mais seulement assoupie par le diable et qu'il fallait l'exorciser, ce qu'il fit aussitôt avec quelques autres ecclésiastiques. L'exorcisme dura assez longtemps, mais après, la mère de la fille Moroge insista pour que l'autopsie fût terminée, disant au Maire qu'elle porterait plainte au Parlement, si elle n'obtenait point satisfaction, ce qui lui fut accordé. Néanmoins, le Parlement ayant été saisi de cette nouvelle affaire, le sieur Jannon crut opportun d'aller lui-même à Paris pour en prévenir les conséquences. Bien qu'étant resté étranger aux exorcismes des Religieuses, il profita de ce voyage, pour solliciter de nouveau « avec beaucoup de chaleur et d'emportement contre les juges » l'évocation de l'affaire de la possession des Ursulines. On lui refusa encore ce qu'il demandait, mais, par ordre du roi, une commission fut chargée d'examiner à nouveau les faits de possession sur lesquels le Parlement s'était prononcé.

Elle fut composée de MM. Claude Bouchu, intendant de justice, police et finances en Bourgogne, Chamillard, Blond. Guyard, Piqué, docteurs de Sorbonne, et Bachet, médecin.

Pour faciliter la mission dont ils étaient chargés, il fut délivré pouvoir à M. Bouchu de faire recevoir, dans les maisons des habitants des villes de Bourgogne, lesdites prétendues possédées ou possédées et les y contraindre, par tous les moyens, en vertu des ordonnances expédiées sur l'avis de deux docteurs, et signées d'eux. En même temps une lettre de cachet était envoyée à l'Archevêque de Besançon, afin d'obtenir pouvoir d'exorciser et d'appeler ceux qu'ils jugeraient nécessaires. Une seconde lettre était envoyée tant à l'hôtel de ville d'Auxonne qu'à M. le marquis du Plessis-Besançon, gouverneur de la ville, pour assister de son autorité les commissaires délégués et faire exécuter les volontés royales au cas où il en serait besoin et requis.

Nous n'avons aucun détail sur les opérations de cette commission nouvelle, mais il est certain que ses sentiments sur la possession furent particulièrement concordants avec ceux de la commission dont faisait partie le P. Séguin. Et en effet, le médecin Bachet écrivait, le 15 juin 1662, au chancelier en son hôtel à Paris la lettre probante à cet égard que voici[1] :

« Monseigneur,

« Puisque vous avez eu la bonté de jeter les yeux sur moy pour estre un des juges de la prétendue possession des filles d'Auxonne : j'ai vu qu'il estoit de mon debvoir de vous rendre compte de tout ce qu'il s'y estoit passé depuis que nous y sommes.

« Premièrement, monseigneur, nous avons jugé à propos de faire faire les exorcismes par des prêtres non suspects et qui eussent piété et lumière. Pour cet effect, nous avons choisi dans le diocèse de Besançon et de Langres quatre ecclésiastiques des plus considérables par leurs noms et par leurs doctrines pour se joindre aux sieurs Blond et Chamillard, sans admettre aucun des prêtres de la ville d'Auxonne, ny sans leur donner aucune participation de tout ce qui se passeroit. Dans cette disposition, nous avons commencé les exorcismes, dans l'église des Pères Capucins, par celles qui passoient au jugement de tout le monde pour les plus agit-

[1] Manuscrit fonds français, n° 18696, fol. 1. Bibliothèque nationale.

tées qui sont au nombre de huict. Nous les avons fait exorciser chacune séparément deux jours de suite, matin et soir, de trois heures à chaque fois, en la présence seulement de M. l'intendant, son greffier, des six exorcistes et de moy médecin. J'ose vous dire, monseigneur, qu'on ne peut pas apporter, ce me semble, plus de soing, plus de defiance, plus de précautions ny plus de présence d'esprit, pour découvrir une vérité de cette nature que nous en avons tesmoigné. Enfin, après une très exacte recherche et une très curieuse et très fidèle observation de tout ce qui s'est passé en ces filles pendant les exorcismes, je puis assurer Votre Grandeur que dans toutes leurs actions soit du corps, soit de l'esprit, elles n'ont fait voir aucune marque légitime et convainquante de vraye possession, ny dans l'intelligence des langues, ny dans la cognoissance ou révélation des secrets, ni dans les discours relevés, ny dans les élévations du corps en l'air, ny dans les transports d'un lieu en un autre, ny dans les mouvements extraordinaires au point qu'ils surpassassent les forces de la nature. Bref, il ne s'est rien passé en elles qui ne soit fort humain et naturel et qui peut être rapporté à un principe étranger. Je ne pense pas que dans les six autres qui restent à exorciser, la possession s'y trouve plus établie. Voilà, monseigneur, le fonds de mon cœur que je n'ay encore découvert à personne, réservant à vous dire les autres particularités, quand j'auray l'honneur de vous aller rendre mes respects et mes soumissions en qualité de votre très humble, etc.

« BACHET. »

Le résultat des exorcismes n'ayant pas été conforme à leur attente, les prêtres d'Auxonne, bien que le Parlement, par déférence pour les ordres du roi, eût jugé convenable de cesser toute procédure, furent en proie à de nouvelles appréhensions. Le curé Jannon prit alors le parti de retourner une seconde fois à Paris, et, profitant avec habileté de l'antagonisme tout au moins latent des pouvoirs de l'intendant royal avec ceux du Parlement, obtint enfin, par lettres patentes du 3 août 1663, que M. Claude Bouchu fût chargé d'informer du maléfice prétendu jeté sur les religieuses Ursulines d'Auxonne. Le succès de sa démarche, quoique relatif, avait néanmoins une portée considérable, car il pouvait être interprété comme une preuve de défiance envers le rôle antérieur du

Commissaire du Parlement dans cette affaire, et semblait élever, par l'intervention tout à fait insolite d'un intendant royal, autel contre autel. M. Bouchu informa depuis le 17 août jusqu'au 23, dressant procès-verbaux des déclarations des religieuses soi-disant possédées et des autres, des dépositions des abbés Bretin et Pelletier, les plus intéressés à la démonstration de la possession. Ces procès-verbaux, qui n'étaient qu'une reproduction amplifiée de tous les faits, même controversés, déjà expliqués furent ensuite adressés par lui à Paris.

M. Bouchu dressa, en outre, une sorte de mémoire récapitulatif, en faisant état de toutes les affirmations des religieuses. Il exposait que de ses informations touchant le maléfice jeté sur les Ursulines de la ville d'Auxonne et par la déposition de vingt-neuf religieuses tant professes, novices que converses, il résultait qu'il y avait du maléfice jeté sur plusieurs desdites religieuses dont la plupart, affirmait-il, étaient guéries par suite des exorcismes qui avaient été faits.

Pour arriver aux conclusions qu'il formulait, l'intendant non seulement accepta comme démontrées toutes les affirmations des religieuses et des exorcistes, mais pour véridiques les rétractations partielles de la sœur Marguerite Jamain, de Pierrette Boillaut et de Nouvelet, qui se plaignirent de la partialité du Commissaire du Parlement.

La première déclara que M. Legoux l'avait intimidée en la menaçant de la mettre en prison, ce qui l'empêcha de prendre garde à la lecture de sa déposition; qu'on avait inséré qu'elle avait eu des accouplements avec des démons et des sorciers, ce qui était faux. La seconde prétendit que le Commissaire avait à tort inscrit qu'elle avait des peines contre Nouvelet et qu'elle était tentée d'impureté avec lui, cet aveu lui ayant été arraché.

Nouvelet enfin y affirma que ce qu'il avait dit devant M. Legoux n'était que des réponses faites aux demandes que celui-ci prenait sur des mémoires écrits de la main de sœur Buvée.

Malgré toutes ces insinuations perfides, tendant à démontrer la connivence et l'accord intime de M. Legoux et de sœur Buvée, par lettres patentes du 16 octobre suivant, il intervint une ordonnance royale de renvoi au Parlement avec injonction d'en conférer avec M. le Premier Président Brulart. Cet

arrêt fut porté à la Tournelle par l'avocat général Nicolas, dès la rentrée du Parlement; et, par délibération de la chambre, un des commis-greffiers s'en fut réclamer à M. l'intendant Bouchu les procès-verbaux dressés par lui et qui lui avaient été retournés.

Absent une première fois, M. Bouchu fit répondre le lendemain au commis-greffier que, d'après les ordres qu'il avait reçus, il devait remettre la procédure au Procureur Général ou à l'un de ses substituts.

Le substitut Jannin se présenta trois fois pour en obtenir remise, et, la troisième fois seulement, M. Bouchu répondit qu'il l'avait donnée à M. Jannon, un autre substitut. Mais comme ce dernier était l'oncle du curé d'Auxonne, Jannon, qui, on ne l'a pas oublié, avait fait plusieurs voyages à Paris dans le but d'obtenir que l'affaire fût enlevée à la connaissance du Parlement, et que ce même curé était aussi l'oncle des trois Ursulines de Malo du Bousquet, du nombre des religieuses possédées, on peut en inférer que cette procédure fut d'abord communiquée aux exorcistes. Au surplus, le substitut Jannon, l'ayant gardée plusieurs jours, n'en fit le dépôt au greffe que le 25 novembre, pour être remise le 26 au conseiller Legoux.

Conformément aux ordres reçus de la Chancellerie, on réclama en outre à M. Bouchu l'extrait du procès-verbal dressé par MM. Chamillard et Blond; mais, quoique cette pièce fût une des plus importantes pour l'instruction et le jugement de l'affaire, il refusa absolument de s'en dessaisir.

La probabilité de l'indiscrétion commise par le substitut Jannon, en communiquant les pièces qu'il avait entre les mains, ainsi que nous venons de le faire entrevoir, ne tarda pas à se changer en certitude. On apprit bientôt, en effet, que son neveu Jannon avait obtenu, le 29 du même mois de novembre, un arrêt par lequel l'intendant Bouchu était de nouveau chargé de continuer la procédure qu'il avait commencée, et, qu'à cet effet, il était enjoint au Parlement de s'en dessaisir, avec défense d'en connaître ultérieurement.

Cet arrêt royal causa une profonde émotion au Parlement. Il établissait, en effet, un précédent qui dépouillait d'une façon cavalière, au profit d'un pouvoir de création relativement récente et dont les tendances à étendre le cercle mal défini de ses attributions premières n'étaient que trop manifestes,

un Corps dont les prérogatives juridiques étaient aussi anciennes qu'incontestables en pareille matière.

Une protestation très digne fut adressée par le Procureur Général Languet sous formes de *Remontrances faites à Sa Majesté* pour protester contre l'arrêt en question. Elle se terminait après un exposé très succinct des phases de cette longue procédure, par les considérations suivantes [1] :

« C'est cet arrest qui nous donne sujet de remonstrer à Vostre Majesté que le crime de magie et de sortilège estant de la juridiction ordinaire et se punissant de mort, l'official n'avoit pas du en prendre cognoissance et le Parlement a eu raison de casser la procédure qu'il avoit faicte et d'en retenir la cognoissance et d'empescher cette entreprise du juge d'église sur la juridiction royale; et la qualité de ces crimes obscurs mérite d'estre traitée dans vos Cours Souveraines qui par la longue expérience qu'ils se sont acquise et le grand nombre de procès de cette qualité jugés depuis vingt ans en celui de Dijon, peut mieux que nul autre pénétrer la vérité. Les soins qu'ils ont apportés pour découvrir celle de l'affaire d'Auxonne ont reçu l'approbation de Mgr le chancelier et leurs sentiments se sont trouvés conformes à ceux de MM. les docteurs de Sorbonme que Votre Majesté a commis. »

« L'arrest du quatrième août 1662 a esté donné avec tout l'examen que méritoit le sujet des accusations formées contre la sœur Buvée. Il seroit bien injurieux à votre Parlement que sur le faux exposé des prestres, cet arrêt souffrit quelque atteinte par une nouvelle procédure et s'il échoit d'en faire, ce seroit au Parlement. »

« Toutes les choses qui se font pour parvenir à la révision des arrest ont toujours estés citées par les Parlements et les lettres expédiées aux grandes chancelleries leur en ont esté adressées.

« Ce qui seroit d'autant plus juste d'observer en ce sujet que le Parlement a pris des cognoissances que le sieur intendant ne peut avoir; en effect s'il avoit su que les sieurs Bretin, Pelletier et autres s'étoient rendus solliciteurs de l'évocation: que les arrests et les commissions avoient esté obtenüs et apportés par eux, il n'auroit pas faict des ordonnances par

[1] Manuscrit fonds français, n° 18695, fol. 142. Bibliothèque nationale « Remontrances que le Procureur Général du roy fait à Sa Majesté, etc. »

lesquelles il leur enjoint de déposer par devant luy et s'il avoit cognoissance des choses cy-dessus, il ne les auroit pas reçus comme tesmoins, non plus que les religieuses qui ont prétendu estre possédées et qui ne sont ny malades, ny occupées des démons. »

« Cette nouvelle procédure n'a esté sollicitée que par ces prestres que pour diminuer de leurs dépositions et de celles des religieuses les choses qui pouvoient donner des lumières à la vérité ou y en adjouter pour l'obscurcir. Le Parlement n'a eu aucune affectation de cognoistre cette affaire. Il a exécuté ponctuellement les ordres qui sont venus de Votre Majesté, il a suivi la procédure et il n'a jamais eu d'objet que d'arrester le désordre et le scandale qui continue et qui augmentera de jour à autre dans la province; et si la cognoissance leur en est ostée, il est à craindre que dans d'autres monastères pareilles choses n'arrivent; si le Parlement est privé de la juridiction qui lui est nécessaire pour les empescher et pour procurer la santé à vos subjets dont la vie est exposée par de semblables accusations de sortilèges faictes par de fausses possédées; c'est ce que nous avons esté obligé de remonstrer à Vostre Majesté pour l'honneur de vostre justice souveraine que vous avez déposée à vos Parlements et pour le bien de vos subjets de cette province, ce qui nous faict espérer que sans s'arrester à l'arrest du 24 novembre, vous ordonnerez qu'il sera passé outre par le Parlement à l'instruction et jugement de ce qui reste à faire en exécution de l'arrest du quatrième août 1662 et cela estant, nous avons sujet d'espérer de faire cognoistre la vérité à Vostre Majesté de telle sorte qu'il ne restera aucun doute. »

« Si le temps nous avoit permis, nous aurions icy joint les différences des dépositions des mesmes témoins dans l'information faicte par l'official, dans celle du Commissaire du Parlement et dans celle du sieur Bouchu pour faire cognoistre les variations de ces prestres et des religieuses, les omissions et les adjonctions qui en ont esté faictes à dessein de couvrir la vérité, à quoy nous satisferons si Votre Majesté nous en donne les ordres, et ensuite nous luy ferons cognoistre les choses qui seroient nécessaires pour restablir la régularité et la piété dans cette maison religieuse et faire cesser le scandale avec la charité qui est nécessaire[1]. »

[1] Manuscrit, n° 18695, fol. 142, *loc. cit.*

D'un autre côté M. Legoux terminait un mémoire sur la possession par ces mots :

« Par toutes ces raisons et une infinité d'autres qui se présentent à l'esprit de ceux qui ont veu les exorcismes, et prit garde à toutes les circonstances du dedans et du dehors, il paraît que non seulement l'on n'aperçoit aucune marque suffisante et univoque de vraye possession dans ces Religieuses, mais que leur génie, leur raison, leur liberté se descouvre suffisamment pour croire que tout vient d'elles, et que leurs volontés et leurs imaginations ou quelque maladie faict en elle le principe de tout ce que nous y voyons [1]. »

Il paraît à peu près établi, attendu qu'aucun acte de nouvelle procédure ne fut exécuté par l'intendant Bouchu, puisque nulle part on n'en trouve trace, que la protestation du Procureur Général impressionna favorablement le conseil de Louis XIV et que l'arrêt mettant Barbe Buvée hors de cause eut son plein effet. Du moment que l'accusation était reconnue fausse, la réalité de la possession devenait plus que problématique et l'épidémie ne tarda pas à s'éteindre par la dispersion des religieuses elles-mêmes dans d'autres couvents, ainsi que par la cessation des exorcismes qui n'avaient plus de raison apparente de légitimité.

Peu à peu le silence se fit autour de cette affaire, les exorcistes eux-mêmes ayant tout à y gagner. Un siècle plus tard, Courtépée [2] faisant allusion à cette possession, portait sur elle le jugement suivant : « La prétendue possession de plusieurs religieuses Ursulines qui fit tant de bruit dans le dernier siècle, fruit du fanatisme et de l'ignorance, peut augmenter le chapitre des égarements de l'esprit humain. »

Nous ne saurions mieux dire aujourd'hui ; peut-être pourrions-nous ajouter, qu'elle ne fut pas seulement le fruit de l'ignorance et du fanatisme, mais aussi des coupables manœuvres des exorcistes auxonnais.

IX. — S'il n'est pas douteux que l'enquête, prescrite par le Parlement de Bourgogne, sur la possession des Ursulines d'Auxonne, ait démontré à la fois l'indignité des premiers exorcistes, leurs manœuvres louches et la fausseté de l'accu-

[1] Manuscrit fonds français, n° 18696, *loc. cit.* B. N., fol. 52 et 53. La vérité recognue, etc. Signé Legoux.

[2] Description du duché de Bourgogne, t. III, page 232. (Dijon, 1778, Causse.)

sation intentionnellement provoquée par eux contre Barbe Buvée, afin de masquer leurs agissements, il n'en est pas moins prouvé que les médecins qui eurent la charge de l'examen de cette affaire côtoyèrent, déjà à cette époque, la vérité scientifique capable de jeter la lumière complète sur ces faits et de les expliquer. Leur formule saisissante de concision : « *Nihil a demone, pauca a morbo, multa ficta* », serait encore à peu près rigoureusement exacte aujourd'hui, avec quelques réserves, et on ne peut qu'être frappé de sa hardiesse, à une époque où la croyance à la possession dominait les intelligences les mieux douées. Il est regrettable que pour nous éclairer totalement sur la justesse de leurs appréciations, en face des données cliniques actuelles, nous n'ayons pu nous procurer le rapport médical annexé à la procédure du Parlement : ce document doit avoir disparu. Toutefois à l'aide des passages qui lui furent certainement empruntés par M. Legoux dans ses manuscrits, on peut s'apercevoir que les remarques d'ordre médical ne manquèrent pas de valeur.

Ainsi le rapport avait certainement mentionné [1] « *que parmy les 15 qui se prétendoient possédées, il y en avoit plusieurs qui estoient dans une grande simplicité d'esprit, savoir : Pierrette Boileau, Anne Mol, Marie de Laramisse, Elisabeth Nicolas qui étoit en oultre « mélancolique »* ; Lazare Arnier qui avait « *des iutervalles de démence* » ; Gabrielle de Malo qui était à l'époque « *une fille aagée de quinze ans, pensionnaire depuis huit ans de la maison, dans la dernière simplicité* » : que Marie de Malo et Charlotte Joly étaient « *de tempérament mélancolique, que les accidens qui arrivèrent à la première, eurent quelques rapport à ceux que les épileptiques souffrent ou à ceux que les passions hystériques causent* » ; que ce qui se passa en la sœur Joly pouvait « *estre un effect de la mélancolie cause de quelque déplaisir, quelques personnes de la mesme famille en ayant esté atteintes* » ; que Marguerite Jamain, Humberte Borthon, Françoise Borthon, Gabrielle de Malo, Jeanne de Malo avaient « *beaucoup d'esprit, Anne Piron, esprit et jugement* » et étaient toutes « *saines de corps* ».

Il avait de même noté que toutes les religieuses « *nonobstant leur possession estoient en parfaite santé et en fort bonpoinct* » ; que la pensée de leur possession les affligeait peu, que tous les spectres qui leur passaient devant les yeux n'empêchaient

[1] Manuscrit fonds français, n° 18695, fol. 148. Preuves qui résultent, etc.

point « *leur sommeil, leurs entretiens, leurs digestions* ». Il avait fait la constatation que « *les prétendues possessions depuis trente ans n'arrivoient que chez des religieuses du mesme ordre, Loudun, Louviers, Auxonne* »; que les possédées étaient toujours les plus jeunes du couvent, « *les plus anciennes se trouvant exemptes* »[1] de la possession; que toutes les visions, tous les spectres, tous les troubles de conscience étaient pour les quinze dernières; que les anciennes « *vivoient avec elles, couchoient dans leurs chambres, assistoient aux exorcismes sans rien ressentir, si ce n'est à force d'entendre parler s'imaginèrent parfois entendre du bruict* »; qu'enfin les communications des possédées entr'elles « *estoient perpétuelles, qu'elles se rapportoient les unes aux autres ce qu'elles avaient dict ou faict dans l'exorcisme* », et avaient connu tout ce qui s'était fait à Loudun et Louviers dont « *on avait trouvé les livres dans le couvent* ».

Mais toutes ces remarques ne permirent point de remonter à la cause morbide, efficiente, exacte, l'imagination exaltée des plus intelligentes ayant été seule mise en cause quand on se fut aperçu que celles qui étaient simples et qui ne croyaient être possédées « *que parce que la supérieure leur avoit dict qu'il le falloit croire et que les exorcistes l'avoient dict aussy* », ne déposaient « *d'aucune impiété ny rien qui feusse à charge de la sœur Buvée.* »

Enfin l'interprétation de toutes les descriptions érotiques des possédées se fit par une maladie appelée *furor uterinus* dans laquelle « [2] *parit primum affecta est uterus sedes libidinis maxime vero follnm ejus et osculum quod sinum pudoris vocant, quibus tantus ardor, in-est cum pruritu et inextinguibili veneris appetentia ut flamma quaqua effusa, cerebrum tipsum una-cum diaphragmate in consensum rapiatur, qui morbus junioribus tantum accidit quarum amentia tota versatur, in venere nihil que aliud imaginantur vel loquuntur* ».

Telle fut la doctrine médicale d'après laquelle, à l'époque des faits d'Auxonne, certains phénomènes observés chez plusieurs possédées trouvèrent leur interprétation dans une maladie se rapprochant de la nymphomanie, tandis que tout le reste était mis sur le compte de l'imagination, sans admission d'aucune intervention démoniaque. Ajoutons cependant

[1] Contrairement aux affirmations du jugement ecclésiastique de 1662. Bibliothèque nationale.

[2] Manuscrit fonds français, n° 18695, fol. 23 à 36, fol. 28. Raisons tirées, etc. Signé Legoux. Bibliothèque nationale, *loc. cit.*

que, pour au moins une des possédées, les mots d'épilepsie et de passion hystérique furent employés pour expliquer les accidents qu'elle présenta.

Quoique les faits du même ordre aient déjà été lumineusement éclaircis, il nous reste à montrer rapidement que l'épidémie d'Auxonne rentre tout à fait dans le cadre de l'hystérie convulsive et délirante, dont la réalité, à l'état épidémique, a été scientifiquement établie depuis longtemps. Notre démonstration sera facile à l'aide des nombreux documents qui ont passé sous les yeux du lecteur, et qui montrent clairement, en laissant de côté tout jugement sur le rôle des exorcistes locaux, que les religieuses ursulines parcoururent la gamme entière de l'hystérie depuis la forme la plus atténuée jusqu'à la plus sévère.

L'imitation et la contagion morale apparaissent d'abord comme ayant joué un rôle, sinon décisif, du moins très considérable, dans l'explosion et la propagation ultérieure de la maladie en question. Ce fait important n'avait pas échappé à la sagacité des médecins experts, et ils avaient fort bien vu une corrélation étroite entre ce qu'ils observaient à Auxonne et ce qui s'était passé à Loudun et Louviers, dont la relation écrite fut trouvée dans le couvent d'Auxonne. Il est prouvé, d'autre part, qu'une contagion morale directe ne pouvait manquer de se produire chez des religieuses répétant entre elles, comme on l'a vu, les exorcismes et tout ce qui s'y faisait, et l'on ne peut qu'être frappé de la similitude des phénomènes délirants qu'elles offrirent, le fond restant à peu près invariable.

Dès le début de l'épidémie, alors que les exorcismes se faisaient pour ainsi dire à huis clos, il est certain que plusieurs religieuses débutèrent déjà dans la maladie, par des attaques plus ou moins complètes, s'accompagnant de vomissements de corps étrangers, qui furent pris pour des marques de délivrance ou des sorts, et qui n'étaient en réalité que des objets avalés par les religieuses elles-mêmes, sous l'influence d'une dépravation du goût assez commune chez les hystériques. Si on ajoute à cette dépravation, comme mobile, le besoin de mystification ancré chez toute hystérique, on s'expliquera facilement la cause véritablement morbide de ces vomissements qui semblaient étranges.

Déjà, à cette phase de l'épidémie, on avait noté dans l'at-

taque la période des contorsions; le corps de la religieuse étant courbé la plupart du temps en arrière. A ce moment aussi, le délire hallucinatoire qui en résultait, puisant ses éléments dans les idées courantes de possession, et compliqué d'hallucinations du sens génital (l'association du délire religieux et érotique est très fréquente), fit son apparition avec les caractères que l'on sait; ce qui explique parfaitement les premières descriptions érotiques et libidineuses, déjà si précises, dont les possédées faisaient remonter la cause à l'action des démons et des sorciers.

Ajoutons également que l'imagination des plus intelligentes, déjà fortement surexcitée, s'exaltait encore aux récits faits, par les prétendues victimes, de leurs tortures impudiques; que celles qui étaient faibles d'esprit ne pouvaient manquer de tenir docilement pour vraies, comme dans le délire à deux, les interprétations délirantes et les hallucinations des premières. Ainsi, peu à peu, la folie hystérique se propagea, en se développant successivement chez quinze religieuses; ce qui montre bien l'inconvénient majeur de la cohabitation continue et étroite des possédées, avec celles restées encore saines.

Dès que l'épidémie eut acquis son plein développement, les phénomènes s'accentuèrent avec la plus grande netteté, et ici encore, il est de toute évidence que la suggestion et l'autosuggestion, dont l'empire s'exerce si facilement chez les névropathes, eurent beau jeu d'influencer des natures aussi accessibles à leur action. Les exorcismes officiels ne pouvaient manquer, maintenant, de faire surgir tous les symptômes cliniques de la maladie, et c'est en effet ce qui arriva.

La sœur de Saint-Alexis, par exemple, s'étendait à la renverse, « *ne touchant la terre que de la plante des pieds* » (opisthotonos); une autre « *se courboit en devant d'une manière que la teste estoit* comme *entièrement cachée sous la poictrine* » (emprosthotonos), *touchant presque la terre de la nuque du col*, puis *toutes les deux revenaient à elles en se redressant elles-mêmes, comme si rien ne se fut passé* ». On vit de même la *sœur de la Résurrection ayant le corps plié comme un cercle, de sorte que la plante de ses pieds venait lui* toucher le front; la sœur Borthon, dite de Saint-François, touchant la terre « *de la poincte de l'estomac* » tandis que la tête, les pieds, les mains et le reste du corps étaient en l'air.

Ces différentes attitudes illogiques variaient plus ou moins.

suivant les sujets. Les attaques avec perte de connaissance, parfois accompagnées de cris et de hurlements, précédaient ordinairement une période de délire proprement dit, où les possédées entraient très bien en communication avec le monde extérieur, ainsi qu'on peut s'en rendre compte par les dialogues qui s'échangeaient entre la possédée et son exorciste, mais ne laissaient pas non plus que de se répandre, spontanément, en imprécations et en blasphèmes, d'où l'on tirait une preuve nouvelle de la possession. C'est à cette période aussi qu'on observait ce besoin de mouvement, forçant les religieuses atteintes à grimper, à marcher et à commettre toutes sortes d'excentricités.

D'autres fois les attaques prenaient le caractère léthargique, comme chez la sœur de la Purification, qui, une nuit, resta plus de cinq quarts d'heure dans une espèce d'assoupissement, sans parole, sans connaissance, les bras contracturés sur la poitrine, les yeux tantôt fermés, tantôt ouverts, avec une fixité et une sensibilité telles que tout réflexe palpébral était aboli; puis racontant qu'elle avait été transportée au sabbat, décrivait ce qu'elle avait cru voir. Charlotte Joly avait aussi des visions terrifiantes, caractéristiques de l'hystérie, quand elle affirmait voir des lions, des bêtes affreuses, etc.

Le délire zoopsique se compliqua chez d'autres de visions obscènes, de la réalité desquelles elles ne doutèrent pas à l'état de veille, et dont elles racontèrent les moindres détails devant un auditoire souvent aussi borné que crédule.

Il nous paraît oiseux d'insister longuement sur tous ces phénomènes auxquels se rattache certainement en partie la description du fameux accouchement de sœur Buvée qui, d'après sœur Jamain, était descendue une nuit, dans sa propre chambre, avec un matelas, plusieurs prêtres et une villageoise, en passant par une cheminée des plus étroites.

L'anesthésie, un des caractères les plus probants autrefois de la réalité de la possession, fut chez les possédées d'Auxonne des plus nettes et des moins contestables comme stigmate de la névrose hystérique; elle se compliqua même de thermo-anesthésie. C'est à la faveur de ce double stigmate que chez la religieuse citée par le chartreux, dans la relation des exorcismes auxquels il assista, on put enfoncer jusqu'à la tête une grosse épingle dans son bras et le brûler ensuite à la flamme d'un cierge allumé, pendant l'espace « d'un pater et d'un ave », sans

que cette religieuse eut témoigné ensuite la moindre douleur, puisqu'elle pinçait et meurtrissait la brûlure impunément. Nous avons, en ce moment, dans notre service, une hystérique à grandes crises chez laquelle nous avons pu produire, de même (en vue de l'expertise dont elle devait être l'objet). à l'extrémité d'une phalange, une brûlure dont elle ne s'aperçut pas sur le moment, et dont le lendemain elle me montrait, avec étonnement, le résultat consistant en une ampoule très étendue. Il n'est pas jusqu'à la cessation du pouls qui ne puisse s'expliquer aisément, par la suggestion qui s'accomplissait à l'injonction de l'exorciste, quand celui-ci commandait au démon de faire cesser les pulsations alternativement au bras droit, puis au bras gauche, à la grande stupéfaction des assistants.

Les contractures diverses qui accompagnent l'attaque hystérique et persistent même parfois, en dehors des attaques, donnent également l'explication scientifique de l'impossibilité momentanée dans laquelle une religieuse, citée également dans la relation du chartreux, se trouva d'avaler le contenu d'une tasse de liquide, par suite d'abord d'une contracture des mâchoires, puis d'une contracture pharyngienne qui s'y opposèrent; de la difficulté passagère qu'on eut également à pouvoir ouvrir les yeux à une autre, par suite du spasme des paupières. Ce fut également un bel exemple de tympanisme hystérique que présenta sœur Marguerite Jamain et qui fut pris par l'exorciste pour une grosseur monstrueuse dont le « *dégonflement* » se produisit à son commandement.

On peut interpréter par une perturbation de l'innervation vaso-motrice les faits multiples signalés d'absence d'écoulement de sang, aux piqûres faites à la peau des possédées. Tous ces symptômes sont devenus d'une banalité telle que nous ne jugeons guère à propos de nous étendre davantage sur eux. Mais on se ferait une très fausse idée de l'épidémie d'Auxonne si l'on pouvait penser, qu'en dehors des grandes crises et des crises hystéroïdes qui laissaient aux possédées, pendant l'exorcisme où ces phénomènes se produisaient, une connaissance parfois assez complète, leur état mental ne fut pas profondément troublé, car c'est là le côté le plus intéressant de leur commune folie.

La raison de la physionomie spéciale que prit chez elles le délire érotique, dont nous avons vu l'étendue et la fixité chez

plusieurs religieuses, fut due, selon toute apparence, aux préoccupations générales de l'époque sur l'intervention des sorciers et des démons, jointes aux émotions nées de la connaissance de ce qui s'était passé dans d'autres couvents, ainsi qu'à l'extrême mysticisme du temps. Comme il n'est pas de règle que les idées érotiques occupent une place aussi importante dans le délire hystérique, puisqu'elles peuvent même faire complètement défaut ; il se pourrait aussi qu'en raison de leur intensité, l'hystérie des ursulines ait été compliquée de nymphomanie. Mais le caractère commun de leur état mental, intercalaire aux crises, fut sans conteste de les rendre pleines d'aversion pour les pratiques religieuses, les sacrements et la confession, et impulsives à proférer des blasphèmes et des injures contre tout ce qui devait être sacré à leurs yeux. Maintenant, à côté des troubles positifs auxquels se rattachaient évidemment les descriptions de leurs cauchemars, de leurs hallucinations, de leurs visions obscènes, de leurs troubles viscéraux, soit diurnes, soit nocturnes, il ne faut pas oublier qu'il y en eut aussi d'imaginaires. Le lecteur a dû suffisamment s'en rendre compte. Toutefois encore, ces malheureuses religieuses, sous ce rapport, obéissaient à la névrose qui pousse, celles qui en sont victimes à créer, parfois, de toutes pièces, les aventures les plus extraordinaires, par suite d'un besoin morbide de mystification à outrance. Plusieurs procès célèbres et récents, où figuraient des hystériques, démontrent jusqu'à quel point d'audace mensongère elles peuvent atteindre dans leurs dénonciations.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

I. Mesure de la force musculaire brute; par de Foller. (*Neurolog. Centralbl.*, 1893.)

Étude de la force des muscles qui, pendant la flexion du corps sur lui-même (mollet, fessiers, biceps, semi-membraneux, semi-

tendineux, triceps) sont chargés de faire équilibre au poids du corps. Elle est représentée par la formule :

$$Q = 2\,P.\ \text{cotang.}\ \frac{\alpha}{2}$$

dans laquelle P représente le poids du corps,

α l'angle de flexion du genou mesuré à l'aide d'un appareil spécial.

Quand les malades peuvent fléchir à angle droit ou à angle aigu, il faut modifier cette formule ainsi :

$$Q = (2\,P + p).\ \text{cotang.}\ \frac{\alpha}{2}$$

dans laquelle p représente le poids dont on est obligé de charger les malades pour les empêcher de fléchir le corps au-dessous d'un angle de 110°. P. K.

II. La question du ruban de Reil dans l'écorce; par Hœsel. (*Neurolog. Centralbl.*, 1893.) — Contribution a la question du ruban de Reil cortical. Réplique; par Mahaim. (*Ibid.*)

Contre la description de Mahaim dans les *Archiv f. Psychiat.* XXV, 2 [1], M. Hœsel maintient que, — le ruban de Reil cortical va tout entier se réunir aux ascendantes et qu'il ne fait que traverser la couche optique, qu'il a une marche directe, ininterrompue depuis les noyaux opposés des cordons postérieurs jusqu'aux ascendants en traversant la couche optique. Ce à quoi M. Mahaim réplique que ce qu'il a décrit est l'éclatante confirmation des expériences de Monakow — la plus grande partie du ruban de Reil dans l'écorce se termine provisoirement dans la portion ventrale de la couche optique en s'y résolvant en de petits rameaux terminaux.

P. Keraval.

III. Observation de tumeur de la couche optique; par Ph. Zenner. (*Neurologisches Centralbl.*, 1893.)

Observation avec autopsie, sans examen microscopique. Jeune homme de dix-huit ans. Paralysie faciale droite, surtout apparente quand le malade rit; parésie droite des extrémités supérieures et inférieures; céphalalgie occipitale; paralysie de l'oculo-moteur externe droit; cécité de l'œil gauche; diminution de l'odorat à gauche; diminution de l'ouïe à droite; papille étranglée à droite. Finalement cécité complète; marasme sans convulsion. Gliome implanté dans la partie postérieure et la base de la couche optique gauche. P. K.

[1] Voir *Archives de Neurologie*, Revues analytiques.

IV. ABUS DE LA THÉORIE DES LOCALISATIONS EN PSYCHIATRIE ET EN ANTHROPOLOGIE; par P. NŒCKE. (*Neurolog. Centralbl.*, 1893.)

Mémoire résumant les diverses écoles à localisations et essayant de les mettre en contradiction avec l'unité de la théorie et son application universelle. L'auteur oublie de dire qu'il y a plusieurs sortes de localisations et de localisateurs; qu'il ne faut pas confondre la phrénologie avec la pathologie expérimentale, ni celle-ci pas plus que la première avec la théorie des localisations basée sur la méthode anatomo-clinique. En science, l'interprétation ne vaut que par le déterminisme, les phénomènes ne peuvent être sûrement formulés en une loi acceptable les coordonnant que lorsque les conditions dans lesquelles ils se produisent invariablement sont nettement et mathématiquement déterminées. Pour juger d'une doctrine ou d'une loi scientifique il faut se renfermer dans l'analyse et l'étude critique des conditions sur lesquelles se sont appuyés les auteurs pour conclure. Il faut donc juger des unités en se renfermant dans la critique des groupes individuels, et non comparer entre elles des choses qui ne sont pas comparables.

P. K.

V. DÉGÉNÉRESCENCES SECONDAIRES CONSÉCUTIVES A LA SECTION TRANSVERSE DU CORPS CALLEUX; par WL. MURATOW. (*Neurolog. Centralbl.*, 1893.)

Ces expériences, comparées aux dégénérescenses consécutives à l'extirpation des zones corticales motrices, permettent d'établir les données suivantes :

Les fibres longitudinales du corps calleux (*fasciculus subcallosus*) et le tapetum représentent un seul et même système constitué par de longues fibres qui unissent entre eux divers endroits de l'écorce d'un seul et même hémisphère (fibres d'association de Meynert); ces fibres ont la même fonction physiologique, mais les endroits où elles se terminent dans l'écorce sont différents.

Les fibres transverses ou fibres du corps calleux proprement dit, unissent n'importe quel segment de l'écorce, du moins des lobes frontaux d'un hémisphère, avec toutes les circonvolutions des lobes frontaux de l'autre hémisphère. Il y a donc des fibres unissant entre eux des endroits identiques de l'écorce, fibres qui ont leur centre trophique dans l'écorce; ces fibres, pour la base du corps calleux du moins, sont disposées par plans transverses presque parallèles.

La section transversale du corps calleux n'entraîne pas la dégénérescense de la capsule interne; cette dégénérescense dépend exclusivement de la lésion du territoire moteur.

Le corps calleux est donc surtout une commissure constituée par des fibres arciformes unissant entre eux les deux hémisphères,

fibres transverses directes dans la base du corps calleux, à direction inféro-antérieure au niveau de l'extrémité antérieure du lobe frontal, à direction inféro-postérieure au niveau de l'extrémité postérieure du lobe occipital. P. KERAVAL.

VI. NOTE SUR UN OSTÉOTOME CRANIEN; par le Dr CHIPAULT.

Ce modèle d'ostéotome cranien est destiné à supprimer les chances de lésion du cerveau et à faciliter la section oblique au ciseau et au maillet, du sommet et de la base du lambeau osseux dans la résection temporaire du crâne, décrit par l'auteur dans la Revue neurologique de mai 1894. (*Revue neurologique*, 1894.) E. B.

VII. SUR LE RÔLE DU NERF FACIAL DANS LA SÉCRÉTION DES LARMES; par le professeur JENDRASSIK.

Quelques observations de M. Goldzieher ont amené cet auteur à la conclusion que la glande lacrymale est innervée non point, comme on l'a cru jusqu'à présent, par le nerf trijumeau, mais par le nerf facial.

Les observations recueillies par M. Jendrassik lui ont permis d'éclairer quelques détails de cette question et de dresser avec beaucoup de probabilité la voie de l'innervation de la glande lacrymale de la façon suivante :

Les fibres du nerf facial se séparent à la hauteur du ganglion géniculé et passent en partie, à travers le grand nerf pétreux superficiel, dans le glanglion nasal. De là, les unes pénètrent dans le voile du palais, comme nerfs palatins ; les autres, traversant la seconde branche du nerf trijumeau, entrent dans le nerf orbital qui prend naissance juste en face de leur entrée. Celui-ci, décrivant une courbe régulière, va rejoindre le nerf lacrymal, et, à leur réunion, émanent les fibres nerveuses qui entrent dans la glande lacrymale.

Selon cette manière de voir, le nerf sécrétoire ne serait donc pas le nerf lacrymal, sortant de la première branche du nerf trijumeau, comme cela semble être adopté actuellement, mais bien le nerf orbital. (*Revue neurologique*, 1894). E. BLIN.

VIII. VACUOLISATION DU NUCLEUS DES CELLULES NERVEUSES CORTICALES; par Fred de LARBERT.

L'auteur reprenant la méthode de Beevan-Lewis, par l'étude du cerveau des épileptiques a procédé à l'examen de 70 cerveaux, sans distinction; sur 56 il a rencontré l'altération précitée avec dégénérescence graisseuse. Il conclut à l'action en quelque sorte dépuratrice du nucleus par rapport au trop-plein d'éléments nutritifs

apportés par la circulation cérébrale dans les cas d'hypertension vasculaire correspondant à une hyperactivité fonctionnelle connue dans la paralysie générale, la manie et d'une façon générale tous les processus congestifs. (*British. Med. Journ.*, 19 mai 1894.)

A. MARIE.

IX. TOPOGRAPHIE DE L'ÉTAGE SUPÉRIEUR DU PÉDONCULE; par le Dr HABEL

Dans une intéressante série de six coupes vertico-transversales de l'hémisphère cérébral, l'auteur étudie l'importante région de la calotte. Le but de M. Habel n'est pas de revenir sur l'anatomie topographique de chacune de ces coupes, anatomie déjà étudiée par M. Brissaud, mais simplement d'indiquer la place de chacune des parties de la calotte, envisagée séparément, qu'on retrouve successivement sur les six coupes qu'il préconise. (*Revue neurologique*, déc. 1893.) E. B.

X. MYÉLITE EXPÉRIMENTALE PAR TOXINE DIPHTÉRIQUE; par les Drs ENRIQUEZ et HALLION.

Dans ses recherches sur les lésions du système nerveux par le poison diphtérique, Stcherback n'a trouvé dans la moelle, en dehors des petites hémorragies, que des altérations minimes de la substance grise et une légère inflammation des méninges.

Les auteurs ont soumis à l'examen histologique le bulbe et la moelle de trois chiens, qui avaient reçu, en injection sous-cutanée, 1,5 à 2 centimètres cubes par kilogramme d'animal de bouillon diphtérique filtré; ces animaux avaient succombé au bout d'une dizaine de jours.

MM. Enriquez et Hallion ont trouvé, dans un certain nombre de segments médullaires, des lésions intéressantes de la moelle ainsi que des racines.

Les lésions radiculaires rentrent dans la catégorie des névrites périphériques.

Les lésions médullaires, très accentuées, ont consisté en congestions, hémorragies, et, dans deux cas sur trois, en foyers de myélite, localisés surtout dans la substance blanche. En ce qui concerne ces derniers, il s'agissait d'une sclérose névroglique au premier stade de son évolution, avec destruction des fibres nerveuses.

Chez un singe, dont la santé générale s'est bien rétablie, à la suite d'injection de toxine diphtéritique, il persiste des symptômes paralytiques et du tremblement qui semblent indiquer des lésions nerveuses centrales. (*Revue neurologique*, mai 1894.) E. B.

XI. DES LÉSIONS DU SYSTÈME NERVEUX PAR LE POISON DIPHTÉRIQUE; par le Dr STCHERBAK.

L'accord est loin d'être fait sur l'origine des paralysies diphtériques : sont-elles d'origine centrale ou périphérique ou bien encore d'origine myopathique?

D'après les expériences de l'auteur, ces paralysies proviennent d'un processus inflammatoire (parenchymateux ou interstitiel) des nerfs phériphériques, et toutes les autres lésions n'ont qu'une signification secondaire.

D'une façon générale, ce qui domine dans la moelle épinière, ce sont les altérations des vaisseaux, tandis que l'atrophie des cellules nerveuses apparaît tardivement et constitue un phénomène secondaire.

Les lésions des muscles ont un caractère variable, mais dans aucun cas la myosite n'était assez accusée pour expliquer à elle seule les phénomènes parétiques.

Il en est tout autrement de la névrite : dans tous les cas de paralysie, l'auteur a trouvé dans les nerfs correspondants des lésions en rapport avec l'intensité et la localisation des phénomènes parétiques. Ces lésions frappent surtout les ramifications nerveuses arrivant aux muscles et débutent dans les cylindres-axes (tuméfaction) et les noyaux de la gaine de Schwann (prolifération des noyaux et tuméfaction du protoplasma). Plus tard la myéline participe à son tour au processus (segmentation) : les cylindres-axes disparaissent et on a le tableau classique de la dégénérescence wallérienne.

L'intensité de la névrite et sa marche ultérieure paraissent dépendre, entre autres choses, de la dose du poison. (*Revue neurologique*, 1893.) E. B.

XII. COURTE REMARQUE SUR LA DIFFÉRENCIATION MORPHOLOGIQUE DU CYLINDRE-AXE DANS SES RAPPORTS AVEC LES PROLONGEMENTS PROTOPLASMIQUES DANS LA COLORATION DE NISSL; par K. SCHAFFER. (*Neurolog. Centralbl.*, 1893.)

L'auteur, après examen détaillé, croit que les prolongements protoplasmiques contiennent de longs filaments de chromatine tandis que le cylindre-axe, privé de ces derniers, apparaît comme un prolongement tout à fait homogène très peu coloré et à coloration diffuse qui, par conséquent, même avec la méthode de Nissl, se différencie nettement quant à la forme. P. K.

XIII. CONTRIBUTION A LA PATHOLOGIE DU NOYAU LENTICULAIRE ET DE LA CAPSULE INTERNE; par SOMMER. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, N. F. IV, 1893.)

Contracture post-hémiplégique plus accentuée dans le domaine

du cubital que du radial, ce qui donne l'illusion d'une parésie radiale périphérique. A l'*autopsie*, on trouve un petit foyer qui, occupant le segment externe du noyau lenticulaire, n'a touché qu'un millimètre de long de la capsule interne sans la détruire. L'auteur en conclut qu'en cet endroit, tout contre l'angle supéro-interne du putamen passent, dans la capsule interne, les fibres qui, à la périphérie, se réunissent dans le cubital pour animer les interosseux. Il semblerait donc qu'il y ait dans la capsule interne une place pour les fibres cubitales des interosseux et une autre place pour les fibres radiales des fléchisseurs. P. K.

XIV. De l'asymétrie des moitiés de la moelle, consécutive a une anomalie de structure du bulbe: par A. Pick. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, L. 1 et 2.)

Classification des asymétries de la moelle.

1° Asymétrie de la substance blanche par agénésie ou hypoplasie des pyramides consécutive à une anomalie de développement d'un ou des deux hémisphères; 2° même asymétrie consécutive à une dégénérescence secondaire prématurée par foyers cérébraux; 3° même asymétrie accompagnée d'asymétrie de la substance grise d'un des renflements de la moelle avec arrêt du développement ou absence de l'extrémité correspondante; 4° même asymétrie limitée à un petit segment de la moelle par arrêt de formation local ou excès de substance grise; 5° asymétrie des cordons antéro-latéraux par entre-croisement pyramidal disparate; 6° asymétrie de la moelle par anomalie de structure du bulbe et, par suite, atteinte des pyramides. C'est un exemple de cette dernière espèce que donne l'auteur avec figures, seules capables de bien faire comprendre le cas. P. K.

XV. Contribution a l'étude de l'arrêt des processus psychiques ; par Sommer. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, L. 1 et 2.)

Observation de stupeur dans laquelle on arriva à mesurer le ralentissement du décours des conceptions, le temps que mettait le malade à multiplier, additionner, soustraire, diviser, à répondre à une question simple : qu'est-ce que cet objet? où est cet objet?

Étude analytique de ces phénomènes. Le ralentissement de l'équation personnelle relative aux objets (conceptions représentatives) tenait à ce que les sollicitations des éléments nerveux partie du centre optique ne parvenaient que tardivement aux tractus conduisant au centre des mots. Ce retard venait de la diminution de la conscience, des impressions dues aux excitations externes. Le cerveau fonctionnait bien dans son mécanisme, bien que le travail intellectuel fût, dans l'espèce. extrêmement affaibli. P. K.

XVI. NOTE SUR L'EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE DE LA MOELLE ET DES NERFS DANS LA SYRINGOMYÉLIE; par A. PITRES et J. SABRAZÈS. (*Arch. clin. de Bordeaux*, 1893, n° 5.)

Les résultats de l'examen bactériologique dans trois cas de syringomyélie, pratiqués une fois sur un filet nerveux et les deux autres fois sur la moelle, ont démontré aux auteurs l'absence complète du bacille de Hansen, d'où leur conclusion que la syringomyélie paraît être une maladie réellement distincte de la lèpre. E. R.

XVII. DU RÔLE DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN DANS LA CIRCULATION CÉRÉBRALE; par le Dr JOLYET. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1893, p. 339 et 386.)

La première partie de ce travail, fait de critique et d'expérimentations personnelles, aboutit aux conclusions suivantes : 1° un examen même superficiel des propriétés physiques et des fonctions physiologiques du système nerveux et du cerveau en particulier, suffit à montrer les nombreuses impossibilités des expansions rythmées de ce tissu, en rapport avec celles de ses artères; 2° physiquement, l'expansion pulsatile des artères encéphaliques nécessaires au mouvement régulier du sang dans le cerveau et au fonctionnement de cet organe (de même que toutes les autres variations du volume des vaisseaux) peut se faire sans qu'elle soit accompagnée d'un changement correspondant du volume de l'encéphale; 3° de toutes les expériences invoquées en faveur des *mouvements du cerveau*, aucune ne démontre l'existence de ces mouvements; 4° une de ces expériences, logiquement interprétée, démontre au contraire l'absence de ces mouvements. E. RÉGIS.

XVIII. UNE NOUVELLE MÉTHODE DE COLORATION DE L'ENSEMBLE DU SYSTÈME NERVEUX AVEC REMARQUES SUR LES CELLULES NERVEUSES ET LES CELLULES DE LA NÉVROGLIE; par H. ROSIN. (*Neurolog. Centr.*, 1893.)

Voici les réactifs usités par l'auteur :

1° Mélange de Biondi (3 couleurs)	0,4
Eau distillée	100
Solution de fuchsine acide à 0,5 p. 100 . .	7

On laisse dans ce mélange les coupes pendant cinq minutes.

2° Lorsqu'on a pratiqué des coupes incluses dans la celloïdine, on se sert de cette liqueur-ci :

Solution précédente	4 p.
— de fuchsine acide à 0,5 p. 100.	1 p.

Immergez pendant 60 secondes.

La technique très complexe du mémoire et la liste très intéressante des tissus acidophiles (coloration pourpre orange), — acidophiles, mais colorés en violet, — neutrophiles (coloration

violette), — et basophiles (vert bleu), sont à lire dans le mémoire.

De l'interprétation savante des substances colorées dans les éléments histologiques, il résulterait que les cellules de la névroglie sont, par rapport à la névroglie même, un vrai tissu conjonctif, le protoplasma de ces cellules rappelant l'assemblage des fibres fines du tissu névroglique. Les cellules-araignées et celles de Deiters de la substance blanche semblent être restées à un état de développement antérieur; les cellules-araignées notamment correspondent aux cellules du tissu conjonctif réticulaire.

Les cellules nerveuses possèdent dans leur protoplasma une substance basophile. Ou plutôt deux substances composent ce protoplasma : une substance basophile à gros grains et une substance acidophile à fibres fines. Le noyau de ces cellules présente dans les préparations à l'alcool cette particularité : noyau et nucléole sont noirs comme de l'encre, par suite probablement du mélange des trois matières colorantes (rouge, vert, orange). La substance du noyau est donc absolument neutrophile. P. K.

XIX. Les réflexes de la rétine pendant l'hypnose; par K. Schaffer. (*Neurolog. Centralbl.*, 1893.)

Nouvelle étude des contractures réflexes dans l'hystéro-épilepsie sous l'influence d'une excitation sensorielle ou sensitive (œil, oreille, larynx, épiderme) pendant l'état hypnotique :

1° Quand on excite le plan vertical du fond de l'œil qui passe par la tache jaune; ou quand on agit à peu de distance de ce plan d'un côté ou de l'autre, on obtient toujours une contracture bilatérale.

2° Quand on agit sur la rétine, on constate l'existence de deux champs nettement séparés dont l'excitation provoque de l'hémi-contracture. La moitié nasale périphérique de l'œil droit et la moitié temporale périphérique de l'œil gauche engendrent une hémi-contracture du côté droit exclusivement. L'excitation de la moitié temporale périphérique de l'œil droit ou de la partie nasale de l'œil gauche provoque une hémi-contracture, toujours à gauche.

Cette dissociation physiologique indique la semi-décussation du nerf optique qui se distribue ainsi à la rétine.

1° Le faisceau non entre-croisé du nerf optique droit envoie la majorité de ses fibres à la moitié temporale de la rétine de l'œil droit jusqu'au bord rétinien, une petite partie de ses fibres empiète sur la moitié nasale de la rétine, mais ne s'étend que jusqu'à la moitié centrale de celle-ci.

2° Le faisceau croisé du nerf optique droit comprend par la plupart de ses fibres la moitié nasale de la rétine de l'œil droit jusqu'au bord de la rétine; une petite partie de ces fibres empiète sur la moitié temporale de la rétine, mais ne s'étend que jusqu'à la moitié centrale de celle-ci.

3° L'empiétement alternatif et compensateur des deux faisceaux croisés et non entre-croisés du nerf optique droit a lieu dans le plan qui passe verticalement par la tache jaune.

Il en résulte que le faisceau non entre-croisé du nerf optique droit envoie à la moitié temporale de la rétine de l'œil droit les fibres chargées de la sensation lumineuse et simultanément des actions réflexes. Il n'envoie à la moitié nasale que des fibres chargées des actions réflexes. Le faisceau entre-croisé du nerf optique droit envoie à la moitié nasale de la rétine de l'œil droit des fibres chargées de la sensation lumineuse et des fonctions réflexes; il n'envoie à la moitié temporale que des fibres chargées de l'action réflexe. Le faisceau non entre-croisé du nerf optique gauche envoie à la moitié temporale de la rétine de l'œil gauche des fibres chargées et de la sensation lumineuse et de l'action réflexe; il n'envoie à la moitié nasale que des fibres chargées de la fonction réflexe. Le faisceau entre-croisé du nerf optique gauche envoie à la moitié nasale de la rétine de l'œil gauche des fibres chargées de la sensation lumineuse et du mouvement réflexe; il n'envoie à la moitié temporale que des fibres chargées de la fonction réflexe.

L'étude de la suggestion sur les réflexes ainsi provoqués est également pleine d'intérêt. Elle montre par exemple que la suggestion de la surdité à gauche supprime la contracture réflexe gauche, c'est-à-dire que par la modification dynamique provoquée sur le champ de l'écorce auditif droit, il y a suppression de l'action optico-réflexe du champ visuel central droit. Evidemment les réflexes rétiniens sont en rapport avec le lobe occipital droit, c'est-à-dire que les réflexes obtenus par les moitiés rétinienne temporale de l'œil droit et rétinienne nasale de l'œil gauche sont en rapport avec le lobe occipital droit. Le corollaire, c'est que la suggestion de la surdité bilatérale supprime tous les réflexes rétiniens. P. K.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

SESSION DE CLERMONT-FERRAND.

Séance du 10 *août* (matin). — PRÉSIDENCE DE M. RITTI.

LA RÉDACTION DE L'ARTICLE 44 DU PROJET DE REVISION DE LA LOI DE 1838, PROPOSÉE PAR M. E. LAFONT, RAPPORTEUR DE LA COMMIS-

SION LÉGISLATIVE ACTUELLE, ET LES RETRAITES DU CORPS MÉDICAL ALIÉNISTE.

M. le Dr Samuel GARNIER, médecin en chef directeur de l'asile de Dijon. — Je viens encore une fois, dussé-je vous paraître en proie à une idée fixe, vous convier à quitter les sereines hauteurs de la science, dont ce congrès est la manifestation continue et puissante, pour aborder le terrain trop négligé de nos intérêts matériels.

Je me suis déjà fait auprès de vous le champion de cette idée que si nos traitements d'activité et nos pensions étaient centralisés entre les mains de l'Etat, selon les dispositions favorables à la spécialité d'un article 45 du projet de revision de la loi sur les aliénés, voté jadis par le Sénat, il fallait nécessairement remanier en conséquence les traitements fixés par les décrets des 6 juin 1863 et 4 février 1876, et créer une classe exceptionnelle de 9,000 francs. Un vœu dans ce sens a été déposé d'abord à votre première session de Rouen, puis après l'avoir complété, à celle de Blois. Je ne puis que vous renvoyer à mes communications de l'époque pour vous convaincre à nouveau du bien fondé de mes propositions d'alors, et de la parfaite équité de leurs dispositions. Mais il paraît qu'il y a loin de la coupe aux lèvres et si, nous appuyant sur le vote du Sénat, nous pouvions espérer voir enfin notre situation à tous, au point de vue des retraites, améliorée et nettement consolidée, voici que les dispositions de l'article 44 du nouveau projet de la commission législative actuelle remettent tout en question en voulant nous ramener au *statu quo* dont nos devanciers ont eu à souffrir dans le passé et dont nous continuerions à pâtir dans l'avenir.

Avant que le projet de loi ne vienne en discussion à la Chambre, il est bon de faire entendre nos justes doléances, et un congrès étant une occasion impersonnelle de leur donner une force indiscutable, je devais revenir sur une question capitale pour nous.

Je vous rappellerai très brièvement que la nouvelle rédaction proposée à la sanction de la Chambre par le rapporteur de la commission spéciale, modifie du tout au tout le texte voté par le Sénat, qui faisait payer par l'Etat les traitements et les pensions de retraite des médecins. Les dispositions essentielles du futur article 44 mettent au contraire à la charge des départements, en leur donnant un caractère d'obligation incompatible avec les pouvoirs légaux des conseils généraux en matière de finances, les traitements des médecins fonctionnaires, et les associent corrélativement pour leurs pensions de retraite aux charges et bénéfices des caisses de retraites départementales.

Or, là est toute l'erreur qui raye d'un trait de plume les dispositions bienveillantes de l'ancien article 45 du texte sénatorial. Ce dernier nous permettait d'espérer de plus une modification, dési-

rable à tous les points de vue, de l'instabilité de nos retraites et le relèvement du taux alloué par la loi de 1853 sur les pensions civiles. Nous devons donc revendiquer le maintien en son entier du texte du Sénat puisqu'il supprime le *statu quo* désastreux de notre situation présente, et d'après lequel, ici, nous n'avons pas droit à une retraite (Orne, Côte-d'Or), là nous lui voyons subir des différences considérables, qui tiennent aux faveurs plus ou moins grandes de telle ou telle caisse départementale, tantôt enfin nos veuves sont obligées de lutter contre le mauvais vouloir d'un conseil général qui, au fur et à mesure d'une demande de liquidation de leurs droits à une pension, cherche ou à s'exonérer de cette charge ou même à la réduire pour l'avenir.

J'ai du reste à vous citer à cet égard un fait tout récent et très topique. Lors du décès de notre regretté collègue Rousseau (d'Auxerre), à soixante ans d'âge et à vingt-neuf ans de services, sa veuve a dû pendant deux ans revendiquer ses droits à une pension devant la juridiction du Conseil d'Etat qui a fini heureusement par lui donner gain de cause en obligeant le conseil général de l'Yonne, qui voulait s'y soustraire, à lui servir enfin sa pension. Cet exemple, qui n'est malheureusement pas isolé, vous montre combien notre situation à tous est précaire, et s'il convient d'y porter remède. Le texte du Sénat, outre qu'il nous apportait la consécration légale de nos droits à une retraite, nous affranchissait encore de l'obligation souvent difficile, sinon impossible à remplir, de passer consécutivement dix, quinze et même vingt ans, suivant les statuts variables des caisses de retraites départementales, dans le dernier poste pour obtenir le droit à la liquidation d'une retraite. L'article 44 du projet de la commission de la Chambre nous prive de ces dispositions favorables. En conséquence, j'ai l'honneur de déposer le projet de résolution suivant :

« Les médecins aliénistes et neurologistes réunis en congrès à Clermont-Ferrand émettent le vœu que la Chambre des députés dans la rédaction définitive de l'article 44 du projet de revision de la loi sur les aliénés, présenté par la commission, adopte le texte entier du paragraphe 3 de l'article 45 du projet déjà voté par le Sénat, qui met notamment à la charge de l'Etat les traitements et pensions de retraite des médecins en chef, médecins-directeurs et adjoints des asiles publics et comme conséquence de ce rattachement futur, ils expriment le désir d'un relèvement des traitements qui correspondent aux classes fixées par les décrets des 6 juin 1863 et 4 février 1876. » Adopté.

Le mobilier et les instruments de travail des aliénés pauvres et curables.

M. Taty. (Cette communication sera publiée dans notre prochain numéro.)

HALLUCINATIONS ONIRIQUES DES DÉGÉNÉRÉS.

M. RÉGIS. — La rareté des hallucinations chez les dégénérés héréditaires, notamment chez les persécuteurs, est un fait bien connu; il existe cependant des dégénérés, se rapprochant par bien des points des persécuteurs, qui sont assez sujets à des hallucinations : je veux parler des dégénérés mystiques. Voici les principaux caractères de leurs hallucinations.

Ce qui ressort tout d'abord de leur examen, c'est que le plus souvent ces hallucinations ont lieu la nuit et durant le sommeil. On peut cependant les observer le jour dans des conditions particulières telles que l'extrême fatigue, la méditation, les longues prières, l'extase, etc., c'est-à-dire dans les états comparables au rêve : c'est pour cette raison que je les ai appelées *hallucinations oniriques* ou hallucinations du rêve.

Le second caractère des hallucinations mystiques, c'est d'être intermittentes, de ne se renouveler qu'à des intervalles de plusieurs jours, de plusieurs semaines, quelquefois même de plusieurs années.

En quoi consiste l'hallucination onirique? C'est un ensemble d'hallucinations, une sorte de scène hallucinatoire suivie, cohérente, complète, à type toujours uniforme. Une apparition surgit aux yeux du malade, le plus souvent animée et céleste, mais toujours environnée d'une clarté plus ou moins brillante. Presque toujours une voix s'élève et dicte au malade dans la langue mystique ce que le ciel attend de lui, en un mot elle lui révèle sa mission. D'habitude le mystique recueille avec ferveur ces paroles qui lui serviront désormais de guide; il s'enhardit parfois jusqu'à entrer en conversation avec l'apparition. Dans certains cas, surtout chez les hystériques, le rapprochement entre la créature et l'être surnaturel devient plus étroit; il y a possession, incarnation, etc.

Ainsi, les diverses hallucinations de la vue, de l'ouïe, du toucher, du goût, de l'odorat sont susceptibles de survenir et de se succéder dans la vision mystique.

Cette participation de tous les sens indique assez que les hallucinations oniriques sont des hallucinations psycho-sensorielles et non de pures représentations mentales. Il n'est pas nécessaire de dire que les hallucinations oniriques ne sont pas exclusives aux dégénérés. Elles peuvent, en effet, se rencontrer chez tous les aliénés à délire mystique, notamment chez ceux qui sont atteints de folie systématisée religieuse, mais ici elles occupent pour ainsi dire l'arrière-plan, dominées qu'elles sont par le délire et les hallucinations diurnes habituelles. On les rencontre encore dans l'alcoolisme, dans les psychoses infectieuses et, d'une façon générale, dans tous les délires toxiques.

M. S. GARNIER lui objecte que des inculpés de ce genre peuvent

s'appuyer sur l'existence d'hallucinations simulées de ce genre, dans l'espérance d'être déclarés irresponsables. Il réclame de M. Régis un critérium autre que les renseignements rétrospectifs et la description du malade, présumée impossible à contrôler.

Confusion mentale, amnésie continue et anesthésie généralisée chez une hystérique; résultats de l'expérience de Strumpell.

M. Séglas. (Cette communication sera publiée prochainement.)

Paralysie générale a forme tabétique.

M. Joffroy. — Dans le courant de l'année 1890 je fus consulté par un malade qui présentait tous les symptômes du tabes : crises douloureuses, troubles urinaires, signes de Romberg et d'Argyll Robertson, etc., etc., aucun trouble cérébral.

L'année suivante j'envoyai ce malade à Lamalou, et, à son arrivée, on remarqua qu'il présentait quelques troubles cérébraux survenus inopinément pendant le voyage : peut-être avait-il eu à ce moment une petite attaque apoplectiforme. Amélioré, il retourne à Lamalou deux ans plus tard, et l'on constate alors des troubles de la parole, de la mémoire et de l'intelligence qui ne laissent aucun doute sur l'existence d'une paralysie générale. Enfin, cette année, le malade entra dans mon service avec un accès maniaque violent, à la suite duquel il succomba. Fait remarquable, il présentait une amélioration très marquée de la marche et la disparition du signe de Romberg. L'examen histologique de la moelle a donné les résultats suivants :

Sur une coupe au niveau du tiers moyen de la région cervicale de la moelle épinière, on trouve les racines saines; les méninges sont épaissies. Les cordons de Goll sont pris dans leur totalité et leur lésion s'étend en se réfléchissant à la façon d'une bordure au niveau de la commissure postérieure. Dans le faisceau pyramidal croisé et la zone de Gowers les vaisseaux présentent des gaines épaissies et les capillaires sont entourés d'un tissu interstitiel plus abondant que d'habitude. Les faisceaux latéraux postérieurs sont sains.

Au niveau de la région cervicale inférieure les modifications sont profondes. Il existe de la méningite, et dans les cordons de Goll et la zone voisine de la commissure postérieure on observe les mêmes lésions que sur la coupe précédente. Au niveau des racines postérieures on constate des lésions, mais légères. De plus, on trouve ici la lésion dans la zone latérale des cordons postérieurs.

Sur une coupe de la région dorsale moyenne on voit : l'épaississement des méninges avec périartérite, dans les cordons postérieurs les mêmes lésions que sur la coupe précédente, et au niveau

des postérieures des lésions qui, sans être profondes, le sont plus que sur la coupe précédente.

Dans les cordons latéraux (faisceau pyramidal croisé) on n'a plus la lésion constatée plus haut, mais seulement un très léger épaississement des vaisseaux de cette région.

Dans la région dorso-lombaire on note l'épaississement des méninges et de leurs vaisseaux, la sclérose de l'ensemble des cordons postérieurs, l'atrophie des cellules de la corne antérieure et de la colonne de Clarke. La lésion des racines est loin d'atteindre ce qu'on voit dans le tabes.

Sur des coupes de la région lombaire il y a de la méningite spinale, pas de lésions dans les cordons antéro-latéraux, et une lésion totale des cordons postérieurs s'avançant jusqu'à environ un quart de la distance de la commissure postérieure à la périphérie.

Si nous jetons un coup d'œil sur l'ensemble des lésions rencontrées sur ces différentes coupes, nous voyons qu'elles diffèrent de celles du tabes par plusieurs points de détail : d'abord par les lésions des cornes antérieures qui s'observent rarement à un si haut degré dans le tabes, mais surtout par l'état des racines dont les altérations sont minimes sur une grande étendue de la moelle et beaucoup moins accusées que dans le tabes classique. C'est en réalité à une paralysie générale spinale ayant simulé le tabes aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique que j'ai eu affaire dans ce cas. Au point de vue clinique, il faut remarquer l'amélioration si remarquable des symptômes moteurs et la disparition du signe de Romberg.

Ces faits ne sont pas absolument isolés ; j'ai déjà publié l'observation de deux malades analogues. Pendant dix ans l'on observa chez l'un d'eux les symptômes du tabes au complet ; puis survinrent les signes de la paralysie générale avec disparition des symtômes d'incoordination et du signe de Romberg. En résumé, malgré des analogies considérables, il y a dans ces faits des différences, tant au point de vue des symptômes qu'à celui des lésions.

Un cas de neurasthénie (type Beard-Charcot) ; trépanation ; guérison.

M. Levillain (de Nice) communique une observation de neurasthénie (type Beard-Charcot) ayant débuté à l'âge de douze ans chez un jeune élève à la suite de maux de tête violents et persistants, accompagnés et paraissant provoqués par une dépression cranienne de 8 millimètres de profondeur sur 5 centimètres de largeur et 9 centimètres de longueur, siégeant sur la moitié interne du pariétal gauche, près de la suture médiane. Ce malade souffrait depuis trois ans de maux de tête presque continus, mais

exagérés par le travail, et qui aboutirent à la formule neurasthénique type, caractérisée par les symptômes suivants : céphalée constante, impossibilité absolue de travail, vertiges, insomnie, amyosthénie matutinale, troubles dyspeptiques, constipation, etc.

La plupart de ces accidents s'amendèrent sous l'influence du traitement, mais les maux de tête, qui ne cédèrent jamais complètement, s'exagéraient au moindre effort de travail. En outre, quelques accidents se développèrent qui firent songer à la possibilité d'une compression cérébrale par la dépression cranienne existante ; c'est alors que M. le docteur Duret (de Lille), consulté, proposa et pratiqua la trépanation. L'opération décela un amincissement considérable du pariétal sur toute l'étendue de la dépression, mais aucune lésion méningée, ni corticale ; le chirurgien se contenta de relever la région osseuse enfoncée; les suites furent heureuses : le malade guérit en quinze jours, et depuis lors les maux de tête ont disparu, ainsi que l'etat neurasthénique. M. Duret pense que la trépanation a pu faire disparaître les maux de tête et, par suite, permettre une amélioration de l'état général et même la guérison ; mais l'orateur estime qu'il faut faire des réserves à cet égard.

M. Ballet ne croit pas non plus que l'intervention chirurgicale ait été chez le malade de M. Duret la véritable cause de la guérison : certains neurasthéniques, en effet, guérissent, au même titre que les hystériques, par une opération, qui n'agit pas en tant qu'opération, mais simplement par l'ébranlement nerveux qui en est la conséquence.

M. Régis observe que, de même que pour l'hystéro-traumatisme, il y a lieu de distinguer une neurasthénie traumatique distincte de la neurasthénie type de Beard ; il appelle en même temps l'attention du Congrès sur d'autres formes dites pseudo-neurasthénies et neurasthénies préparalytiques, prémonitoires de certaines affections cérébrales organiques, telles que la paralysie générale par exemple.

MM. Lannois et Doutrebente reconnaissent l'importance de cette dernière distinction, au point de vue de l'intervention thérapeutique intempestive, mortelle même dans le cas où le paralytique, au début, est méconnu et traité comme neurasthénique simple par l'hydrothérapie froide par exemple.

M. Ballet répond que c'est un exemple de ces cas fréquents où un choc moral ou opératoire fait disparaître des troubles névrosthéniques; de même ces causes les peuvent faire naître. Il cite un exemple analogue où un diagnostic erroné de rein flottant conduisit à une opération inutile au point de vue du but chirurgical, mais curative au point de vue médical, en ce qu'elle suffit à faire disparaître tous les troubles nerveux simulant l'aspect clinique du rein flottant douloureux.

Sur deux cas d'hérédo-ataxie cérébelleuse.

M. P. Londe (de Paris). Les deux malades dont il s'agit, observés dans le service de M. le Dr A. Robin, sont frère et sœur. Ils ont été pris exactement au même âge, à vingt-six ans, d'incoordination musculaire dans les membres inférieurs et supérieurs avec troubles de la parole et symptômes neurasthéniques. Le frère, plus jeune que sa sœur de dix ans, offre de l'exagération des réflexes rotuliens, du tremblement intentionnel, un léger degré de scoliose, de la titubation, etc. La sœur ne peut plus marcher sans aide; elle se tient à peine debout; mais au début « elle marchait de travers ». Elle a donc parcouru la période que représente aujourd'hui l'état de son frère. Ces observations diffèrent, pourtant, par l'absence de troubles visuels du type morbide décrit par M. Marie: il en est de même d'un autre malade observé par MM. Brissaud et Londe. Par ce caractère, ces faits se rapprochent de ceux qui appartiennent à la maladie de Friedreich et plaident en faveur de la théorie cérébelleuse de cette maladie émise par Menzel et défendue par Senator. D'autre part, ils ressemblent d'une façon frappante à certains cas de sclérose en plaques d'avec lesquels le diagnostic est très difficile à établir en dehors du caractère familial. On sait, d'ailleurs, que celui-ci aurait été rencontré dans cette maladie, tout à fait exceptionnellement, il est vrai, d'après les observations de Dreschfeld.

Origine otique d'un certain nombre de cas de paralysie faciale « a frigore ».

M. Lannois (de Lyon). — L'étiologie de la paralysie faciale *a frigore* reste fréquemment obscure et il y a lieu d'attirer l'attention sur une cause, non pas inconnue, mais trop fréquemment négligée de cette affection. C'est l'otite moyenne légère atteignant surtout la paroi interne de la caisse et déterminant le gonflement du névrilème du facial, surtout dans les cas où le canal de Fallope présente une fissure, ce qui paraît fréquent. J'ai observé plusieurs cas démonstratifs de cette variété de paralysie faciale; l'origine de cette affection rend compte d'une série de symptômes difficilement explicables en dehors d'elle, comme la fièvre, les symptômes généraux, les douleurs d'oreilles qui existent dans la moitié des cas, les troubles de l'ouïe, etc.

Il y a donc intérêt à examiner l'oreille dans tous les cas de paralysie faciale périphérique, car le pronostic de la paralysie d'origine auriculaire est plutôt favorable, surtout si l'on dirige contre sa cause un traitement approprié.

Des urines a la seconde période de la paralysie générale

MM. Klippel et Sérieux (de Paris). — Il résulte de nos recherches que les urines des paralytiques généraux sont essentiellement

variables comme composition et comme quantité. Nous pouvons cependant donner les caractères généraux de l'excrétion urinaire moyenne à la seconde période de la paralysie générale. Il existe alors une polyurie incontestable ; les urines ont une faible densité et sont de coloration claire avec un dépôt muqueux assez abondant. L'excrétion de l'urée est diminuée d'un façon sensible ainsi que celle des phosphates, tandis que la quantité des chlorures est au contraire notablement augmentée. Il y a souvent de l'albumine en très petite quantité, très fréquemment des peptones et presque toujours de l'acétone.

Classification des dégénérés.

M. Vallon. — La doctrine de la dégénérescence inventée par Morel a été, à mon avis, exagérée depuis par M. Magnan et ses élèves, et, à en juger par des travaux récents, sans excepter quelques-unes des communications qui ont été faites à ce Congrès, le mot de dégénérescence tend à devenir synonyme d'aliénation mentale. Eh bien, la théorie de la dégénérescence, très vraie au point de vue de l'anthropologie générale, comme le disait hier mon maître et ami M. Falret, ne saurait servir de base à la classification des maladies mentales ; il faut substituer à ce mot, désignant une famille anthropologique, des termes caractérisant des groupes établis sur des distinctions cliniques.

Dans l'état actuel de la science, je crois que l'on pourrait, dès à présent, admettre trois groupes, distincts symptomatiquement, tout en ayant une base commune : l'hérédité.

1er G. *Débiles*.....	Idiotie, imbécillité. Faiblesse d'esprit.
2e G. *Déséquilibrés*. Ce sont des êtres malfaisants, clients du médecin légiste.	Facultés partielles. Instabilité mentale. Folie morale. Folie instinctive.
3e G. *Émotifs*. Ce sont des malades qui souffrent, qui sont malheureux ; ils arrivent souvent au suicide ; ils sont conscients de leur état.	Folie du doute. Délire du toucher. Agoraphobie et toutes les autres phobies.

Dans cette classification, comme dans toutes les classifications, il va de soi qu'à la limite de chaque groupe on trouve des individus qui présentent en partie les caractères du groupe suivant.

PRÉPARATIONS ET DESSINS HISTOLOGIQUES.

M. A. VOISIN (de Paris) montre un certain nombre de préparations histologiques et de dessins représentant des altérations de cellules cérébrales, médullaires et du grand sympathique dans la paralysie générale et les différentes formes de folies vésaniques (lypémanie, hypocondrie, etc.). D'après l'orateur, l'existence de ces lésions serait une preuve de la tendance de ces maladies à l'incurabilité et à la démence.

Au cours de la séance, M. le professeur JOFFROY (de Paris) a été élu président du Congrès de 1895. Avant de se séparer, l'assemblée décide, en outre, que le prochain Congrès aura lieu à Bordeaux.

La séance est levée à 11 heures et demie.

Séance du 10 *août* (soir). — PRÉSIDENCE DE M. CHARPENTIER.

NOUVELLE MÉTHODE DE FIXATION ET D'IMPRÉGNATION INTERSTITIELLE DES NERFS A MYÉLINE

M. RENAUT (de Lyon). — L'obstacle principal à l'étude des lésions des nerfs à myéline consiste dans les altérations spontanées qu'ils subissent entre le moment de la mort et celui de l'autopsie. Quand il s'agit de ramifications nerveuses engagées dans la peau, dans une muqueuse ou dans un organe accessible à une injection interstitielle à travers les tissus, je veux démontrer qu'on peut tourner la difficulté et mettre en évidence les fibres nerveuses avec tout leur dispositif conservé, y compris les formations endothéliales de leur gaine de Henle ou de leur gaine lamelleuse.

La méthode que je vais décrire est fondée sur ce fait que, dans un mélange de solutions d'acide picrique, d'acide osmique et de nitrate d'argent dans l'eau, il ne se fait aucun précipité perturbateur ni dans le liquide, ni dans les tissus où le mélange est injecté. Partout où pénètre ce mélange, l'acide osmique, l'acide picrique et le nitrate d'argent effectuent conjointement leurs réactions histochimiques ordinaires qui s'additionnent purement et simplement sans modification aucune de leurs actions respectives sur les éléments anatomiques.

Pour arriver à ces résultats dans la peau ou dans une muqueuse, on effectue d'abord le mélange suivant, que j'appelle *liquide jaune osmio-picrique :* solution saturée d'acide picrique dans l'eau distillée, 1 volume; solution d'acide osmique à 1 p. 100 dans l'eau distillée, 1 volume. A 4 cent. cubes du liquide jaune on ajoute 1 cent. cube d'une solution de nitrate d'argent à 1 p. 100 dans l'eau distillée, puis on charge de ce nouveau mélange, qu'on peut appeler *liquide jaune argentique*, une seringue de Pravaz munie d'une canule d'or ou de platine iridié. On pratique ensuite dans le tissu

vivant, s'il s'agit d'un fragment enlevé par biopsie ou aussitôt après la mort, une injection interstitielle. Celle-ci une fois faite, on peut attendre pour achever le durcissement par l'alcool : les éléments anatomiques sont fixés, les vaisseaux sanguins et lymphatiques le sont aussi à l'état de déploiement; toutes les formations épithéliales et endothéliales atteintes sont imprégnées d'argent. S'il s'agit d'une autopsie, on remettra donc au lendemain le prélèvement des points où l'on a fait des injections et qui renferment des nerfs à explorer : leurs lésions auront été saisies telles qu'elles sont au moment même de la mort.

Voyons maintenant dans quel état sont fixés les nerfs normaux engagés dans les tissus. Voici des préparations faites sur la peau et le tissu cellulaire sous-cutané de la lèvre d'un homme atteint de cancroïde. Je ne parlerai pour le moment que des résultats de l'injection interstitielle faite loin de la tumeur, là où la peau était saine. Dans les limites de l'injection interstitielle, tous les cordons nerveux sont fixés et imprégnés par l'osmium et par l'argent. Autour des troncs et des troncules, la gaine lamelleuse, puis celle de Henle, sont imprégnées d'argent. Pour la gaine de Henle, on constate une série de faits intéressants : tout d'abord, c'est la différence essentielle qui existe entre cet endothélium et celui des lymphatiques voisins, lequel est formé de cellules sinueuses. En second lieu, on voit que là où les troncules nerveux traversent des plans fibreux sériés et même tendiniformes, la gaine de Henle garde son calibre régulier, à peine rendu un peu moniliforme par les formations élastiques ambiantes qui la font varier de distance en distance. Et à l'intérieur de la gaine elle-même, qui a été fixée comme soufflée à l'entour et à distance des fibres nerveuses, on peut conclure hardiment qu'il n'y a pas de lymphe, mais bien un liquide non albumineux consistant en de l'eau plus ou moins chargée de sels minéraux.

Dans l'état normal, la cavité vaginale des troncs et des troncules nerveux renferme donc non de la lymphe, mais bien un liquide aquiforme, protégeant les fibres nerveuses contre les actions extérieures.

A l'intérieur de la gaine de Henle, on voit les fibres à moelle avec leurs segments interannulaires et la disposition de la myéline qui a été colorée en noir par l'acide osmique. Au niveau des anneaux des nerfs, on peut observer, imprégnés par l'argent, la plupart des renflements biconiques ; le renflement biconique se montre toujours au milieu et en travers de l'anneau; c'est son pourtour qui répond à la branche transversale de la croix d'imprégnation de Ranvier. La substance qui forme ce petit corps est brillante, tandis que le cylindre-axe reste pâle. Mais dans mes préparations, on ne voit pas la branche longitudinale de la croix d'imprégnation de Ranvier; c'est dire qu'ici les stries de Frommann

manquent sur le cylindre-axe, entre le corps biconique et les reflets de la myéline.

Ce fait, minime en apparence, prend au contraire une grande importance quand on se rappelle que tout au contraire sur les nerfs, par exemple, dissociés dans une solution de nitrate d'argent, les stries de Frommann du cylindre-axe ne manquent jamais.

Or, que signifient ces stries? Simplement, comme l'a montré Ranvier, que le nitrate d'argent a pénétré peu à peu par l'étranglement annulaire jusqu'au cylindre-axe et que par analogie on peut considérer l'anneau comme la voie que suivent les cristalloïdes de la nutrition pour atteindre ce même cylindre-axe, mais l'observation que nous venons de faire à l'aide d'une méthode nouvelle fait faire un pas de plus à la question. Nous venons de voir que le corps biconique étant fixé et coagulé net par le réactif osmio-picro-argentique, les cristalloïdes tels que la solution de nitrate d'argent ne pénètrent plus jusqu'au cylindre-axe. C'est donc que le dialyseur entre le plasma nourricier ambiant et le filament axile n'est autre chose que le corps biconique lui-même et, quand il est figé par la coagulation brusque et rendu imperméable, la porte de la nutrition reste en effet fermée au cylindre-axe. Les cristalloïdes suivent donc bien la voie de ce petit corps colloïde pour pénétrer jusqu'au filament axile dont il n'est ni une excroissance, ni un renflement, car le liquide jaune argentique laisse ce cylindre-axe incolore, tandis qu'il rend le corps biconique réfringent, brillant et qu'il teint la marge en noir pur.

Voici donc, par la nouvelle méthode que je viens d'indiquer, deux problèmes : l'un relatif à la gaine endothéliale, l'autre à la constitution et à la nutrition du nerf à myéline lui-même, qui se trouvent élucidés. Il est clair qu'il en serait de même de toute lésion de la gaine ou de la fibre nerveuse consécutive à la névrite, à l'œdème, à la périnévrite. Je crois donc bien avoir imaginé un moyen d'étude nouveau qui donnera de bons résultats aux anatomo-pathologistes et aux neurologistes.

Contribution a l'étude de la microcéphalie et en particulier du traitement médico-pédagogique des idiots microcéphales.

M. Bourneville. — Ma communication a surtout un but clinique et thérapeutique, à savoir la démonstration de la possibilité d'améliorer même à un degré prononcé les *idiots microcéphales*. Avant d'arriver à ce point spécial, je crois utile de placer sous vos yeux un certain nombre de *photographies* représentant des cerveaux de *microcéphales*.

I. — Les premières planches sont empruntées au mémoire bien connu de Vogt ; — les dix suivantes au remarquable mémoire de Giacomini, paru en 1890 ; — les planches XV à XXI sont tirées du

mémoire de M. Miquel Bombarda, qui vient de paraître. — Les microcéphales de M. Giacomini avaient un encéphale dont le poids variait de 171 à 785. — Les microcéphales dont M. Bombarda a fait l'autopsie, au nombre de trois, avaient un encéphale dont le poids variait de 316 à 828 grammes.

Aux *photographies des cerveaux*, nous avons joint, chaque fois que cela nous était possible, les *photographies des malades*. A ces documents nous avons ajouté, comme vous le voyez, la photographie du buste d'une idiote microcéphale de trois ans qui se trouve dans le musée de l'hôpital de la marine à Rochefort.

Nous avons eu l'occasion de publier nous-même déjà deux mémoires sur la *microcéphalie* au point de vue clinique et anatomo-pathologique. Dans le premier [1], nous avons rapporté l'observation d'un microcéphale de cinquante-neuf ans, nommé Chér... et celle d'un malade nommé Eder... âgé de vingt-six ans. L'*encéphale* de Chér..., dont la taille était de 1 m. 61, pesait 770 grammes, alors que l'encéphale de deux autres individus du même âge pesait en moyenne 1,385 grammes. — Le cerveau d'Eder... pesait 650 grammes.

Nous faisons passer sous vos yeux les photographies de Chér... (pl. XXIV), et celle de son cerveau (pl. XXVI), ainsi que celle du cerveau d'Eder... (pl. XXVI).

Dans notre second mémoire sur la microcéphalie, fait en collaboration avec M. Camescasse, et qui a été communiqué au *Congrès international de médecine mentale de* 1889, nous avons montré les photographies du malade Clut... et celles de son cerveau et de son crâne et présenté les malades Jan..., Mar... et Maz... Nous reviendrons tout à l'heure sur les malades vivants : Jan... Mar... et Maz... — Nous faisons passer également sous vos yeux la photographie du malade Dubill... et celle de son cerveau. Celle de l'enfant Labor... à l'âge de deux ans et de son cerveau à cinq ans et trois mois.

	AGE	TAILLE	ENCÉPHALE
Clut.....	13 ans	1 m. 30	490 grammes.
Dubill....	15 —	1 — 18	805 —
Labor....	6 —	0 — 765	550 —

La moyenne du poids de l'encéphale de sept enfants du même âge était de 1,316 grammes.

Le cas suivant concernant l'enfant Louis, âgé de dix ans (pl. XXXVIII à XL), est tout particulier en ce sens que son *encéphale*, quoique TRÈS PETIT, ainsi que le montrent ses photographies (pl. XLI et XLII), avait un poids (1,365 grammes) qui dépasse de beaucoup le poids du cerveau des microcéphales. Ce fait montre que l'élément

[1] *Compte rendu de Bicêtre*, pour 1881, p. 27 à 54. (En collaboration avec Wuillamié.)

DENSITÉ doit entrer aussi en ligne de compte. La microcéphalie cependant n'est pas douteuse si l'on compare son crâne à celui d'un garçon normal de dix ans et d'une fille normale du même âge que nous plaçons sous vos yeux.

La comparaison du crâne Louis avec ceux de Cher... et de Clut... fait ressortir une différence sensible en ce sens que le frontal n'est pas, chez lui, aussi fuyant que chez Cher... et Clut... Louis constitue un type de microcéphale à part. La tête de Louis ne rappelle pas le type simien des crânes de Chér... et Clut... En dernier lieu et pour en finir avec ce préambule anatomo-pathologique, nous vous présentons la photographie de Pouge... (pl. XLIII et XLIV), mort il y a quelques jours, à l'âge de trois ans et les photographies de son cerveau (pl. XLV à XLVIII); son encéphale pesait 365 grammes. La moyenne du poids de l'encéphale des autres enfants du même âge décédés dans notre service, était de 1,000 grammes.

Pour compléter les renseignements qui précèdent, nous mettons sous vos yeux : 1° le squelette de la tête de Chér...; 2° la tête de Clu; 3° la calotte de Dubill..., celle de Labor... et celle de Poug... et, en outre, *comme terme de comparaison*, la calotte cranienne d'individus du même âge. Cette comparaison met en relief les deux points suivants : 1° la différence de volume et de conformation des crânes microcéphales et des crânes ordinaires ; 2° *l'absence de synostose chez ces microcéphales*, sauf chez Chér..., âgé de cinquante-neuf ans.

La *comparaison des cerveaux* montre d'une manière évidente que la microcéphalie qui n'est pas due, nous le répétons, à la synostose prématurée des os du crâne, n'est pas due non plus toujours, à un arrêt de développement unique, mais qu'elle reconnaît aussi pour cause des lésions pathologiques. Il semble que ce sont les lésions anatomiques qui l'emportent. Il conviendrait donc de rassembler tous les cas de *microcéphalie* occasionnés par un *simple arrêt de développement*, de les grouper, de faire leur tableau clinique et de procéder de même pour les *microcéphales* dont le cerveau a été arrêté dans son développement à la suite de *lésions pathologiques*.

II. — Nous arrivons maintenant au but principal de cette communication, à savoir l'exposé du *traitement médico-pédagogique* qui permet d'améliorer les *idiots microcéphales*. Nous avons pensé que s'il était possible de faire cette démonstration, il en résulterait, pour tous, la conviction que les autres enfants idiots, dont le cerveau est généralement moins atteint, sont eux aussi, et à un degré plus considérable, susceptibles d'être améliorés ou même guéris, suivant leur degré mental.

M. BOURNEVILLE montre les photographies qui représentent, en groupe, *dix microcéphales*, d'âges différents, vus de face et de

profil ; puis les *photographies collectives*, de chacun d'entre eux, prises chaque année durant leur séjour déjà prolongé dans sa section (Jan..., Arno..., Mari..., Ramb..., Maz...) ; ces photographies mettent en relief les progrès réalisés ; les enfants invalides, c'est-à-dire ne marchant pas et gâteux au début, sont vus ensuite se tenant debout, marchant et devenus propres. Parallèlement au progrès de l'état physique on voit la physionomie s'éveiller de plus en plus.

Les vingt autres photographies collectives représentent les enfants plus jeunes auxquels on a appris successivement à se tenir debout, à marcher et qui sont devenus propres (Ren..., Laur..., G.Tab... et M. Tab...). Un seul, Poug..., figuré assis au premier plan, n'a été que légèrement amélioré, ayant succombé tout récemment.

M. B... donne des renseignements sur les procédés employés et qui composent ce qu'il appelle le *traitement médico-pédagogique :* 1° traitement du gâtisme ; 2° éducation de la marche (barres parallèles, chariot, etc.) ; 3° exercices et massage des jointures ; 4° exercices du saut, de la montée et de la descente des escaliers (escabeau) ; 5° exercices de toilette (lavage de la figure et des mains); 5° exercices de la préhension (éducation de la main) ; 7° exercices de la petite gymnastique (gymnastique Pichery) et, à ce propos il fait passer sous les yeux des membres du Congrès, une série de photographies figurant les mouvements exécutés par ses microcéphales (debout, assis, en avant, en arrière, etc.) ; 8° l'éducation des sens (toucher, ouïe, vue, odorat) ; 9° exexcices scolaires. A cette occasion, M. Bourneville fait voir les *cahiers mensuels* de plusieurs de ses malades).

En ce qui concerne, 9° l'*éducation de la parole*, l'auteur entre dans des détails dont nous ne pouvons indiquer que les principaux. *a.* Exercices des lèvres, de l'articulation temporo-maxillaire (mastication), de la langue, de l'appareil vocal. C'est ainsi qu'on fait imiter à l'enfant les mouvements du visage : ouvrir et fermer la bouche ; rapprocher et écarter les commissures des lèvres, allonger, rentrer, élever et abaisser la langue, la porter à gauche et à droite, etc. Si les lèvres sont molles, lentes dans leurs mouvements, et restent plus souvent écartées, il faut faire tenir entre les lèvres une règle de plus en plus petite, ou faire sucer des bâtons de réglisse de plus en plus petits. Afin d'augmenter la force du souffle qui produira le son et pour apprendre à le guider, faire éteindre par l'enfant une bougie qu'on éloigne de plus en plus; le faire souffler dans un sifflet ; lui faire rouler, en soufflant, une bille plus ou moins grosse sur une planchette creusée d'une petite gouttière. Un autre exercice aussi amusant et aussi efficace consiste à faire gonfler une vessie en baudruche qui, en se gonflant, produit un bruit plus ou moins musical, mais qui plaît généralement

à l'enfant. Si l'enfant ne prononce aucun mot, débuter par les syllabes simples en les redoublant (pa, pa-pa, pe, pe-pe, ta, ta-ta) pour en faciliter l'émission. Si l'enfant est assez attentif, assez imitateur, s'il prononce quelques mots, quoique mal, l'habituer à soutenir un son le plus longtemps possible. On peut avec cette catégorie d'enfants commencer par les voyelles. M. B. montre une série de tableaux comprenant des syllabes simples et des syllabes doublées. Le maître doit dire lui-même les noms et les faire répéter par l'élève en l'habituant à montrer, en même temps, l'objet correspondant. Lorsque l'enfant sera arrivé à prononcer un certain nombre de mots, il conviendra de choisir, pour les lui faire répéter, les noms les plus usuels ; papa, maman, frère, etc.,— cuisine, cave, escalier, etc., — couteau, assiette, table, etc., — tête, front, nez, etc., — chapeau, manteau, robe, bas, etc., — bœuf, chat, chien, cheval, vache, etc. M. Bourneville rappelle en terminant que le *traitement médico-pédagogique*, quand il est appliqué de bonne heure, d'une façon méthodique et prolongée, permet d'obtenir dans la majorité des cas des résultats tout à fait sérieux ; tandis que, à cet égard, il n'existe plus de doute dans l'esprit des médecins, en Angleterre, aux Etats-Unis, dans les Pays Scandinaves, en Allemagne, etc., il n'en est pas de même en France, où la plupart des médecins connaissant peu les maladies nerveuses chroniques des enfants, ne croient pas encore qu'il est possible de les améliorer et même de les guérir.

Un cas de myxœdème opératoire traité par l'ingestion de glande thyroïde de mouton.

MM. Brissaud et Souques (de Paris). — Nous avons observé récemment une malade âgée de quarante-six ans qui, à la suite d'une thyroïdectomie partielle pratiquée pour un goitre plongeant, présenta d'abord des phénomènes de tétanie et, plus tard, de myxœdème. A son entrée à la Salpêtrière, elle a les signes habituels, mais atténués, du myxœdème, c'est-à-dire l'infiltration des téguments, la suppression des fonctions cutanées, la raréfaction des poils, etc. Les troubles de l'intelligence sont peu accusés. La malade se plaint surtout d'une sensation extrême de refroidissement et de somnolences invincibles.

Le 24 juin, elle pesait 58 kilogrammes; sa température centrale était de 36°,8; son pouls battait 84 fois par minute et le taux de ses urines oscillait entre 800 et 1,000 grammes.

Le lendemain, elle commençait le traitement en prenant un lobe frais et cru de glande thyroïde de mouton. Les quatre premiers jours, elle prit un lobe par jour, puis un lobe tous les deux jours. Depuis quatre semaines que ce traitement est commencé, la malade a ingéré en tout quinze lobes de corps thyroïde. Dès les

premiers jours, la température augmenta de quelques dixièmes de degré, le pouls devint plus fréquent, la diurèse s'établit (1,500 à 1,800 grammes en vingt-quatre heures). La désinfiltration ne tarda pas à devenir manifeste; les sensations de froid, la somnolence, la torpeur disparurent rapidement. Les sueurs, supprimées depuis six ans, firent leur réapparition. En somme, depuis quatre semaines, l'amélioration est évidente. La malade a déjà perdu 3 kilogrammes de son poids. Elle est encore en cours de traitement et il ne semble pas douteux que la guérison complète s'ensuive à bref délai.

M. Régis demande à M. Souques s'il fait une différence entre le myxœdème et le crétinisme. Si oui, il prie M. Souques de vouloir bien lui indiquer les caractères de cette différence, qui lui expliqueront peut-être pourquoi il a rangé la malade qu'il vient de présenter dans le myxœdème et non dans le crétinisme, ce qui lui semble plus exact.

M. Brissaud répond qu'entre le myxœdème congénital et le crétinisme, il n'y a pas de différence histologique précise et que dans le cas en question il manquait le goitre et les déformations squelettiques caractéristiques du crétin.

Des lois psychophysiques en pathologie nerveuse.

M. Mendelssohn. — De nombreuses recherches faites à la Salpêtrière ont montré que les lois psychologiques de Weber et de Fechner sont applicables aux modifications pathologiques de la perceptibilité sensorielle, mais toutefois dans des limites plus restreintes qu'à l'état normal.

On pourrait croire que tout processus pathologique intéressant un organe sensoriel entraîne fatalement une altération correspondante dans sa fonction. Or, il se trouve justement que dans les affections avec lésions destructives nous n'avons eu à enregistrer que des troubles relativement faibles du côté de la perceptibilité différentielle, tandis que nous observions tout le contraire dans les amblyopies fonctionnelles des hystériques; chez ces dernières, la perceptibilité différentielle se trouve sensiblement diminuée. Comme on voit, ce fait n'est pas sans importance au point de vue du diagnostic différentiel dans les affections du système nerveux central (hémiplégie hystérique et d'origine cérébrale).

En outre, chez tous les hystériques, à une diminution de la perceptibilité différentielle correspond généralement un rétrécissement plus ou moins prononcé du champ visuel, et plus ce dernier se rétrécit, plus la première diminue. Chez les tabétiques, au contraire, il n'existe pas de rapport entre la vision périphérique et la perceptibilité différentielle.

Mais c'est l'étude de la perceptibilité différentielle dans ses rapports avec l'acuité visuelle qui fournit les renseignements les plus intéressants au point de vue clinique.

On sait que dans toute perception nette la perceptibilité différentielle et l'acuité visuelle sont toujours simultanément mises en jeu; or, dans l'œil malade, il existe entre ces deux facteurs une certaine divergence. La relation qui existe entre eux a une valeur pathognomonique pour certaines affections : c'est ce que j'ai appelé le *symptôme de relation*. Ce symptôme divise, au point de vue des troubles visuels, les maladies du système nerveux en deux grandes catégories : 1° Celles dans lesquelles l'acuité visuelle est plus troublée que la perceptibilité différentielle (alcoolisme, ataxie, etc.); 2° celles dans lesquelles la perceptibilité différentielle est plus troublée que l'acuité visuelle (hystérie).

On voit par là toute l'importance du symptôme de relation pour la diagnostic différentiel de l'amblyopie dans l'hystérie et dans le tabes.

Contribution a l'étude histologique des dégénérescences spinales

Sous ce titre, M. le Dr Klippel a fait une intéressante communication qu'on trouvera dans notre prochain numéro.

Des réflexes vasomoteurs a long trajet dans quelques affections nerveuses.

MM. Hallion et Comte (de Paris). — Nous avons fait une série de recherches sur les réflexes vasomoteurs qui se produisent à la fois dans un grand nombre d'organes, à la suite d'une excitation sensitive cutanée, sensorielle ou émotive. Dans ce but, nous avons mesuré, comme l'ont fait chez l'homme sain divers auteurs et surtout M. François-Franck et M. Mosso, les variations de volume des extrémités : mains et pieds. Pour éviter certaines difficultés et certaines causes d'erreurs importantes que comporte l'emploi des appareils volumétriques classiques, nous avons fait subir à la technique quelques modifications. Les principaux résultats constatés par nous chez les malades sont les suivants :

Les réflexes (vasoconstricteurs) font défaut quand on porte l'excitation sur une région où la peau est anesthésiée par suite d'une lésion nerveuse périphérique ; au contraire, ils se produisent d'une façon entièrement normale quand on excite une région frappée d'anesthésie hystérique : c'est là, sans contredit, un nouvel argument, et non des moindres, en faveur de la nature toute psychique de l'anesthésie hystérique. Dans l'état hypnotique (somnambulisme, léthargie), les phénomènes vasomoteurs consécutifs soit aux excitations sensitives (même en l'absence de toute perception

apparente), soit aux excitations émotives (même en l'absence de toute manifestation apparente de la conscience), gardent leur intégrité à la suggestion d'une sensation et agissent comme font la sensation réelle et l'émotion. Dans la syringomyélie, les excitations sensitives, même lorsqu'elles sont faites sur des régions non anesthésiées, ont déterminé des réactions vasomotrices nulles ou très peu marquées; divers caractères des courbes obtenues chez les syringomyéliques semblent d'ailleurs indiquer une atteinte considérable subie par le système vasomoteur.

Paralysie générale avec chorée.

MM. Vallon et A. Marie. — Nous avons observé récemment trois cas de paralysie générale avec chorée. Dans deux de ces cas, la chorée (type Sydenham) s'est présentée dans des conditions où il est permis de se demander si elle ne représentait pas un symptôme initial en rapport à quelque degré avec la périencéphalite ultérieure, comme dans les observations, aujourd'hui nombreuses, où l'on a signalé la coexistence de la paralysie générale avec des symptômes de névroses diverses (hystérie, neurasthénie, maladie de Basedow); il semble y avoir là plus qu'une coïncidence. C'est comme un équivalent moteur atténué, à la période de dynamie fonctionnelle, du processus à la fois psychique et moteur de la paralysie générale confirmée.

Hémianopsie avec hallucinations dans la partie abolie du champ visuel.

M. H. Lamy (de Paris). — J'ai eu l'occasion d'observer à la Salpêtrière, en 1892, dans le service de Charcot, un cas d'hémianopsie avec hallucinations dans la partie abolie du champ visuel chez une femme de trente-cinq ans qui, cinq ans auparavant, avait présenté des accidents de syphilis cérébrale extrêmement graves. Elle avait conservé une *hémianopsie latérale droite* typique. En 1892, elle fut sujette à de courtes *absences* fréquemment répétées, qui s'accompagnaient de convulsions faciales légères, sans perte de connaissance complète. Pendant ces absences, la malade éprouvait une *hallucination* singulière. Elle apercevait tout à coup, dans la partie droite de son champ visuel, « une figure d'enfant, souriante, dont les yeux la regardaient fixement ». Pendant plus d'une année, cette vision se reproduisit à l'occasion de chaque absence. La littérature renferme un petit nombre d'observations analogues à la précédente, sinon identiques.

Si l'on veut rapprocher cette hémiopie hallucinatoire de quelque syndrome déjà connu en neuropathologie, c'est la *migraine ophtalmique* qui se présente immédiatement à l'esprit. On sait, en effet,

que certaines migraines ophtalmiques accompagnées se compliquent, au moment des accès, d'une hémianopsie passagère, qui persiste parfois dans l'intervalle de ceux-ci, et peut même devenir permanente. D'autre part, le scotome scintillant est généralement une hallucination hémiopique.

Dans la plupart des observations du même genre, l'hallucination visuelle, remarquable par sa précision et par l'uniformité qu'elle revêt chez le même malade, ne s'accompagne d'aucune hallucination concordante dans la sphère des autres fonctions sensorielles, ni d'aucun trouble de l'intelligence. Il s'agit d'un phénomène psychique isolé, phénomène d'excitation de la sphère visuelle occipitale, comparable aux phénomènes d'excitation motrice de l'épilepsie jacksonienne, et lié à la présence d'une altération corticale localisée. L'observation que je viens de vous relater est la première, à ma connaissance, dans laquelle l'hallucination se soit manifestée sous la forme d'une *épilepsie sensorielle* surajoutée à une hémianopsie permanente.

Sur les lésions anatomiques de la syringomyélie.

M. Brissaud a fait, sous ce titre, une communication dont le résumé nous fait défaut; nous somme obligés de nous borner à reproduire les réflexions faites à son sujet par M. le professeur J. Renaut.

M. Renaut (de Lyon). — Les faits indiqués par M. Brissaud sont très intéressants et aucun d'eux ne me paraît être en contradiction avec les idées actuelles sur la névroglie. On sait qu'après beaucoup d'hésitations et de discussions, les histologistes qui s'occupent de l'anatomie générale du système nerveux ont fini par se ranger, presque tous et y compris même tout dernièrement les élèves de M. Ramon y Cajal, à cette opinion que j'ai émise le premier en 1881 : c'est à savoir que la cellule névroglique est une cellule neuro-épithéliale. J'ajouterai pour ma part que c'est là aussi une cellule *nerveuse*, dont la différenciation est demeurée rudimentaire, peut-être en vue de certaines *fonctions de réserve* qu'on viendra probablement à envisager un jour à côté de la *fonction connective*, dont pour le moment on s'est seulement occupé. Le fait de la réduction de l'épithélium épendymaire à une ligne de cellules cubiques ou prismatiques basses en certains points des cavités syringomyéliques, est la reproduction, par l'anatomie pathologique, d'un fait normal dans la série. La voûte du « sinus rhomboïdal », qui, chez les cyclostomes, représente le 4e ventricule, est formée par une lame très mince où le névraxe se réduit à l'épendyme sur les côtés. Puis sur la voûte même (au-dessous d'une série de formations vasculaires particulières que les morphologistes ont parfois cru pouvoir assimiler à un cervelet), cet épendyme n'est plus re-

présenté que par une couche de cellules plates, endothéliformes, qu'il faut imprégner de nitrate d'argent pour la bien voir. Cette réduction de l'épithélium épendymaire à l'état endothéliforme se voit, du reste, même sur le plancher du sinus rhomboïdal, là où de gros capillaires sanguins, devenus très superficiels, pénètrent l'épithélium cylindrique et se développent dans les intervalles de ses cellules. J'ai signalé ce fait dès 1881. Dans les préparations de M. Brissaud, et probablement sous l'empire de circonstances analogues amenant des pressions prédominantes sur l'une des parois de la cavité, l'épithélium épendymaire a réalisé les mêmes flexions morphologiques. Il est du reste probable que, si l'on avait pu traiter les cavités par le liquide jaune argentique dont j'ai parlé il y a un instant, on les aurait trouvées tapissées d'un revêtement continu : ici formé de cellules épendymaires longues et typiques, là de cellules prismatiques basses, et enfin d'un vernis épendymaire endothéliforme, là même où il ne semble plus y avoir du tout d'épithélium.

Je ferai maintenant remarquer que pour expliquer certains autres faits tels que l'existence de jeunes éléments, ayant l'apparence de cellules de remplacement, entre les pieds des longues cellules épendymaires et pour rapporter celles-ci à leur signification morphologique exacte, il faut se rappeler comment prolifère l'épendyme primitif pour former la masse indifférente neuro-névroglique. C'est la ligne épithéliale bordant le canal de l'épendyme, qui joue surtout ici le rôle de couche régénératrice. Par des divisions indirectes réitérées, elle satisfait à la fois à l'extension et à l'accroissement en épaisseur du névraxe. Pour le premier but, la figure de division oriente sa plaque équatoriale parallèlement à la hauteur de la cellule épendymaire : les deux cellules filles sont dans ce cas *juxtaposées* et augmentent de leurs travers les dimensions en surface du revêtement neuraxial. Pour réaliser le second but, la figure de division donne une plaque équatoriale perpendiculaire à la hauteur de la cellule épendymaire : les deux cellules filles sont alors *superposées* et l'épaisseur de névraxe s'accroît d'autant. Ainsi se forment les chaînes radiales de prolifération, dont les grains superposés sont le produit chacun d'une division indirecte de ce second genre. Souvent aussi l'on peut voir des grains devenir secondairement l'origine d'une cellule du type sensoriel, qui primitivement profonde pousse son corps protoplasmique en bâtonnet vers la surface de l'épendyme, l'engageant entre les cellules épendymaires ordinaires, qui dès lors jouent le rôle de cellules de soutien, tout comme dans les neuro-épithéliums périphériques, édifiés d'ailleurs comme un type fondamentalement identique à l'épendyme. Enfin je viens tout dernièrement d'acquérir la conviction que non seulement la ligne épithéliale de l'épendyme, celle qui borde le canal, est fertile; mais encore que

tout à fait dans la profondeur du névraxe épithélial, sur un point quelconque des chaînes radiales de prolifération, les grains produits comme je viens de l'indiquer sont fertiles aussi. Ils donnent des figures de division orientées dans n'importe quel sens, bien que le plus fréquemment dans le sens tangentiel.

Comme, en même temps, les cellules des chaînes radiales poussent des prolongements latéraux qui les rendent communicantes et arquées, on voit se dessiner, sensiblement au-dessous de la ligne épendymaire demeurée épithéliale, un réseau constituant la masse neuro-névroglique primitive. Sur certains points, les mailles de ce réseau s'allongent dans un sens prépondérant, comme l'a vu le premier Reissner. Là, les cellules du neuro-épithélium deviennent rares, à longs prolongements dont l'intrication forme le réseau allongé que j'appelle le *chemin de Reissner*, parce qu'il marque comme un précurseur la voie qui sera occupée par la végétation des cylindres d'axe, puis, en fin de compte, par la substance blanche. Ces cellules, qui manifestement viennent des grains issus eux-mêmes des cellules épithéliales bordant l'épendyme, ont d'emblée l'aspect et la signification des « cellules Araignées ». Epithéliales de race bien que pliées à des fonctions connectives, elles pourront tout aussi bien reprendre une évolution épithéliale, comme l'a vu M. Brissaud, qu'une évolution ganglionnaire, comme Lancereaux, moi-même ensuite et, plus récemment, F. Raymond l'ont observé dans les gliomes que j'ai appelés neuroformatifs.

Démences vésaniques avec personnalité dissociée au cours de délires systématisés anciens.

MM. Hamel et Marie. — Trois observations de *démentes vésaniques* avec personnalité dissociée au cours d'un délire systématisé ancien. Dans l'une de ces observations la malade devenue mégalomane présentait une persistance de sa personnalité primitive à côté de la personnalité nouvelle correspondant à sa conception ambitieuse. Entre ces deux éléments, il y avait opposition telle que la malade identifiait sa persécutrice dans son ancienne personnalité en conflit avec la nouvelle. Elle parlait ainsi d'elle-même à la troisième personne comme la malade de Leuret, maudissant son nom et se plaignant amèrement de ce que cette personnalité désormais étrangère l'insultât (troubles psycho-moteurs probables). A la différence du cas de Leuret il y a ici substitution d'un moi ambitieux à l'ancien moi renié mais dont les éléments persistants correspondent à la survivance d'idées de persécution dans la période mégalomaniaque. Dans les deux autres observations même dissociation de la personnalité mais sans opposition entre les deux éléments dissociés. L'une croit avoir son fils dans l'estomac, l'autre

sa mère. Toutes deux parlent tantôt en leur nom, tantôt au nom de l'individualité imaginaire incluse, ce qui donne à leur discours une incohérence plus apparente que réelle; c'est la pseudo-démence signalée par M. Christian et dont le mécanisme s'explique très logiquement par l'automatisme moteur verbal qui existe dans ces deux cas comme dans le précédent.

Étude sur l'hérédité directe portant sur quatre groupes de recherches.

MM. Brunet et Vigouroux. — Dans le premier on étudie les enfants nés d'aliénées internées : sur dix-sept enfants, trois sont mort-nés, six morts à cinq mois et un à treize mois, un a été brûlé à huit ans, un autre s'est suicidé à vingt et un ans et un dernier est dans une colonie pénitentiaire. Le deuxième groupe comprend les enfants internés nés de père ou mère internés : sur vingt-cinq cas on trouve huit cas d'idiotie ou d'imbécillité profonde, deux cas de démence précoce, cinq cas de perversion morale, cinq cas d'accès délirants passagers, deux cas de délire avec tendance à la chronicité. Le troisième groupe correspond à l'étude de quelques familles dont un grand nombre de membres sont internés. Enfin le quatrième groupe est composé de quatorze cas de frères et sœurs internés en même temps, et douze fois la forme d'aliénation mentale s'est trouvée sensiblement la même qu'eux.

M. Devay (de Lyon) lit un travail sur les *localisations cérébrales des convulsions chez les animaux intoxiqués*. Il en conclut que chez l'homme l'épilepsie peut être considérée dans un grand nombre de cas (Pierret) comme due à la stase du toxique dans l'encéphale, stase favorisée par des scléroses de nature variable.

M. Bonnet (de Saint-Robert) lit une étude sur les *hallucinations synesthétiques*, ou phénomènes de sensations fausses associées (audition colorée) et combinées au délire; il signale des cas d'audition colorée pure chez les dégénérés débiles des asiles.

Le facies dans les myopathies.

M. Henry Meige. — Les conceptions des neurologistes relativement aux amyotrophies primitives ont subi des modifications telles depuis quelques années que la revision de leurs symptômes s'impose. Le facies myopathique, considéré comme propre à la forme facio-scapulo-humérale, se trouve atténué ou modifié dans toutes les formes de myopathie progressive. L'auteur signale plusieurs faits observés par lui au sujet des physionomies des myopathiques : l'accentuation de la fossette médiane du menton ; l'existence d'une fossette latérale aux coins des lèvres ; des rides concentriques sur

la paupière inférieure qui a perdu ses cils. Enfin l'auteur signale des formes particulières des lèvres qui lui ont paru constantes.

De la nature et de la forme de la folie de Charles VI.

M. Auguste Brachet, ancien examinateur et professeur à l'École polytechnique, lauréat de l'Institut, lit une note pour le sujet ci-dessus.

Position de la question. L'intérêt au point de vue clinique est dans la richesse de la cause prédisposante (unique, puisqu'il est le seul aliéné dont nous possédions l'histoire de dix-huit ascendants directs, documentée pathologiquement), au point de vue historique de la question capitale de la responsabilité de Charles VI dans les rémissions de ces vingt-huit ans de folie.

L'histoire n'a point été étudiée par les aliénistes, faute d'avoir pu recourir aux sources (les pièces des archives, les chroniques du temps, les relations des ambassadeurs).

Cause prédisposante. Ligne paternelle (père, Charles V, goutteux, cardiaque; grand-père, Jean le Bon, arthritique; arrière-grand-père, Charles de Valois, apoplectique; trisaïeul, Philippe III, le Hardi, inversion sexuelle). Ligne maternelle (inconnue jusqu'ici des aliénistes et des historiens), mère, Jeanne de Bourbon, folle; grand-père, Louis de Bourbon.

Traitement hydrothérapique des maladies nerveuses.

Dans le compte rendu de la première séance nous avons omis de mentionner une communication de M. le Dr Verrier (de Paris) sur les avantages du *traitement hydrothérapique dans les maladies nerveuses.* Il a passé en revue toutes les médications employées et, à part l'électrothérapie qui a ses indications, mis au premier rang l'hydrothérapie. Il a rappelé l'insistance avec laquelle M. Bourneville est revenu dans ses publications relatives aux maladies nerveuses sur l'emploi de l'hydrothérapie, il conclut que l'hydrothérapie scientifique mérite d'être plus employée qu'elle ne l'a encore été jusqu'ici. De même l'hydrothérapie à l'eau minérale, qui se rapproche par ses propriétés excitantes de l'hydrothérapie marine, trouve son application dans quelques névropathies asthéniques qu'il appartient aux médecins de déterminer.

La séance est levée et la cinquième session du Congrès français des médecins aliénistes et neurologistes déclarée close. Les Congressistes se donnent rendez-vous au lendemain pour la visite à l'asile de la Cellette.

Le soir (vendredi), les médecins de Royat avaient organisé une soirée en l'honneur des congressistes, au théâtre du Casino municipal de Royat. Après le spectacle, les membres du Congrès et « un

essaim de jolies femmes », comme le disait un de nos confrères, se sont rendus dans la magnifique salle à manger de l'hôtel Servant, où un excellent lunch était servi. M. le Dr Laussedat, au nom des médecins de Royat, a porté un toast chaleureux aux congressistes. Après avoir regretté que leurs occupations n'aient pas permis aux médecins de Royat de prendre part aux travaux du Congrès, il a exprimé l'espoir de revoir les hôtes distingués que l'Auvergne a été heureuse de recevoir.

Après un toast de remerciements du doyen des congressistes, M. le Dr Falret, M. Bousquet, directeur de l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, a bu encore une fois aux congressistes. « Les médecins clermontois, a-t-il dit, ont été heureux de donner avant leur départ une nouvelle marque de sympathie à leurs hôtes. Si, un jour, a-t-il dit, un de ces vaillants combattants pour la science succombait dans la lutte, si ses forces le trahissaient, il serait sûr de trouver en Auvergne des eaux exquises, un air pur et surtout de vraies et solides amitiés. »

M. le Dr Jeoffroy a clos la série des toasts en buvant aux Auvergnats et on s'est séparé après avoir vidé une dernière coupe de champagne en l'honneur des hôtes aimables qui vont nous quitter.

En terminant ce compte rendu du Congrès de Clermont-Ferrand, dont les séances ont été très intéressantes et très suivies, nous devons dire quelques mots des visites faites à l'asile Sainte-Marie, situé à Clermont-Ferrand et à l'asile de la Cellette dans la Corrèze. Le premier de ces asiles, qui reçoit les aliénés du Puy-de-Dôme, de la Corrèze et d'une partie de la Loire, comprend un quartier d'hommes contenant 150 malades et un grand quartier affecté aux femmes (près de 800). Les hommes, après un séjour plus ou moins prolongé à l'asile Sainte-Marie, sont envoyés à la Cellette. Nous avons regretté que l'administration n'ait pas donné aux visiteurs la statistique et le mouvement de la population, le chiffre du personnel et le régime, etc., ainsi que cela se pratique d'habitude lors des visites de ce genre. A plus forte raison regrettons-nous l'absence de plans et de notices ou tout au moins du compte rendu de 1893. Nous avions visité cet asile en 1888 et il nous avait laissé une assez pénible impression. Nous y avons constaté un certain nombre d'améliorations. C'est ainsi que les bains des hommes ont été refaits et ceux des femmes améliorés. Il est regrettable que dans les installations hydrothérapiques on ne se soit pas rapproché autant que possible de l'asile de Privas, qui appartient à la même congrégation. Quelques-uns des cabinets d'aisances ont été mieux aménagés (tout à l'égout et de là à la Tiretaine). Les quartiers des femmes ont subi également quelques transformations. Mais comme cet asile a été fait en quelque sorte de pièces et de morceaux, qu'on a construit les bâtiments au fur et à mesure des besoins, sans plan

arrêté, il en résulte que cet asile restera toujours dans des conditions inférieures. On y voit des bâtiments qui ont trois étages, ce qui est mauvais pour des aliénés. Les membres du Congrès ont été bien accueillis et ont fait la visite sous la direction de l'abbé Saulze, supérieur de la Congrégation et qui semble avoir la haute direction sur les asiles qui lui appartiennent et des Drs Hospital et Fouriaux.

Les dortoirs qu'on nous a fait voir étaient en général bien tenus, étant donné l'état des bâtiments. Mais on n'a pas conduit les congressistes dans les étages supérieurs et partant ils n'ont pu se rendre compte de leurs conditions hygiéniques et de leur degré d'encombrement.

Quelques points sont à relever : 1° Pour le coucher des gâteux, on se sert de matelas en fibres de coco qui coûtent très bon marché et qui seraient presque aussi avantageux que les matelas en laine de tourbe; 2° le captage d'une source située dans les jardins, qui a été fait il y a cinq ou six ans ; 3° pour rendre les malades soigneux et les empêcher de cracher partout, le supérieur a fait mettre un avis ainsi conçu : « Les personnes bien élevées ne doivent pas cracher sur le parquet de la chapelle. » Les malades ont voulu tous être bien élevés et n'ont plus craché sur le parquet, dit le supérieur; 4° « les sœurs de la congrégation de Sainte-Marie ont le rôle capital dans nos maisons » ; 5° les jardins ont une superficie de trois hectares, sont bien cultivés et leurs produits suffisent à l'alimentation de l'asile.

Après la visite de l'établissement un déjeuner a été offert aux membres du Congrès par la communauté. Plus de cent convives ont pris place autour de la table, dressée dans une des salles de l'établissement, décorée avec beaucoup de goût. MM. les abbés Saulze et Gaudon en ont fait les honneurs avec une parfaite courtoisie.

M. Bardon, préfet du Puy-de-Dôme, a présidé le banquet. Parmi les assistants : MM. Herbault, inspecteur d'académie ; Lécuellé, maire de Clermont; Bousquet, directeur de l'Ecole de médecine; Pellet, doyen de la Faculté des sciences; Frèze, procureur de la République ; Bleynie de Châteauvieux, pasteur protestant, vice-président de la commission administrative des hospices, et Goyet, inspecteur de l'Assistance publique; quelques médecins de Clermont et de Royat, etc., etc. Plusieurs dames aux élégantes toilettes assistaient également au banquet, qui a été très remarquablement servi et auquel tous les convives ont fait honneur.

M. le Préfet a ouvert la série des toasts. Après avoir souhaité la bienvenue aux congressistes, il a, en quelques paroles émues, rappelé le triste événement qui a mis la France en deuil, puis levé son verre en l'honneur de M. Casimir Périer, le digne successeur de M. Carnot.

M. le professeur Pierret, président du Congrès, dans un toast plein d'humour, a félicité l'abbé Saulze, supérieur de la commu-

nauté, de la bonne tenue de l'établissement. Il a également exprimé toute sa reconnaissance pour le bon et cordial accueil fait aux congressistes.

M. le supérieur de la communauté, M. Fouriaux, médecin de l'asile, M. le docteur Giraud, congressiste, et M. le docteur Hospital, médecin en chef, ont ensuite pris la parole et porté des toast fort applaudis.

Le samedi 11 août, à 5 heures et demie une trentaine de membres du Congrès se sont rendus à l'asile de la Cellette (Corrèze), consacré aux aliénés du Puy-de-Dôme et où ils sont arrivés vers 10 heures. Ils ont été reçus par M. le Dr Longy (d'Eygurande), médecin adjoint de l'asile, conseiller général du canton, président de la commission de surveillance de l'asile, M. le Dr Bargy, médecin en chef, l'abbé Saulze, etc. Dans le cours de la visite, M. le sous-préfet d'Ussel et les autres membres de la commission de surveillance sont venus se joindre aux visiteurs.

L'asile d'aliénés de la Cellette est situé dans une petite vallée sur la rive droite du Chavanon; il fait partie de la commune de Monestier-Merlines, canton d'Eygurande, arrondissement d'Ussel. Il occupe l'ancien emplacement de l'Ermitage de la Celle, fondé au XIIe siècle par un bénédictin. A une époque, l'ermitage fut abandonné puis réoccupé par un couvent qui, dès le début « nourrissait opulemment douze religieux ». En 1475, le nom de la Celle fut remplacé par celui de la Cellette.

« Les cordeliers de la Cellette ne se livraient pas seulement à la prédication, ils donnaient aussi leurs soins à douze ou quinze aliénés que leur confiaient les familles, et à des prêtres de mauvaises mœurs. » En 1793 le couvent fut vendu.

En juillet 1830, une nouvelle vente eut lieu : de cette époque date la fondation de l'asile, qui était administré par des laïques. En 1842, l'établissement fut vendu à la congrégation de Sainte-Marie de l'Assomption. En 1869, un incendie détruisit une partie de l'asile.

L'asile actuel est adossé au flanc de la colline de Lavervialle. On a construit successivement les bâtiments en faisant des entailles dans la montagne, de sorte que ces bâtiments sont surexhaussés les uns par rapport aux autres. Il en résulte aussi que les cours sont insuffisantes et que, par économie, on a été obligé de faire des bâtiments de plusieurs étages, ce qui est toujours très mauvais pour les aliénés.

Les bains, qui viennent d'être installés récemment, sont dans des conditions convenables. Les préaux, les cellules, les cabinets d'aisance, etc., sont, au contraire, dans des conditions tout à fait défectueuses. Les nouveaux dortoirs sont mieux installés, mais ont l'inconvénient de renfermer un trop grand nombre de lits.

La situation de l'asile, dans une vallée très pittoresque, n'a que des avantages pour la distraction des malades ; il est regrettable que les installations en général ne soient pas en harmonie avec cette situation.

Après la visite, un banquet, présidé par M. l'abbé Saulze, a été offert aux membres du Congrès. M. le Dr Longy a porté un toast très applaudi aux membres du Congrès et aux progrès de l'Assistance des aliénés.

Nous devons remercier très vivement M. le Dr Longy du sympathique accueil qu'il nous a fait personnellement et nous profitons de l'occasion pour signaler sa « Notice sur l'asile d'aliénés de La Cellette », à laquelle nous avons emprunté la plupart des détails historiques qui précèdent, et l'exemple excellent qu'il a donné, et qu'on devrait imiter, en écrivant un très beau livre sur l'histoire du canton d'Eygurande [1].

Dans le cours de ces visites, M. l'abbé Saulze, en nous signalant les améliorations qui avaient été réalisées, notamment à l'asile Sainte-Marie depuis notre visite, ajoutait non sans une pointe d'ironie que ces améliorations auraient été plus nombreuses si la loi en suspens, sur la revision de la législation des aliénés, ne menaçait pas les asiles privés. Il savait, en effet, que c'était sur nos instances que la première commission de la Chambre des députés avait inscrit dans le projet de loi l'obligation, pour les départements, d'avoir dans un délai de dix ans un asile public, propriété départementale. Il est du devoir du Parlement de se prononcer promptement et de ne pas prolonger une situation fausse dont les inconvénients retombent, en somme, sur les malades.

Le dimanche 12 août enfin, une délégation du Congrès s'est rendue à la colonie de Dun-sur-Auron, dont MM. Deschamps et Roussel, du conseil général de la Seine, ont fait les honneurs à M. le professeur Pierret et aux Congressistes qui l'accompagnaient au nombre de douze. Le soir, après la visite de quelques placements familiaux et l'inauguration de la petite infirmerie centrale, un banquet a réuni les Congressistes, qu'un train spécial a ramenés sur Bourges et Saincaize. B.

[1] Longy. — *Le canton d'Eygurande* (Corrèze), avec une carte du canton et 6 gravures. Tulle, 1893.

BIBLIOGRAPHIE.

VII. *Traité pratique des maladies du système nerveux;* par MM. J. Grasset et G. Rauzier. Montpellier, 1894 ; C. Coulet, éditeur.

Dans ces dix dernières années, le patrimoine de la neuropathologie s'est singulièrement accru. De nouveaux syndromes cliniques ont vu le jour et de nouvelles entités morbides ont été créées de toutes pièces. On peut dire que l'ancienne pathologie nerveuse a subi d'une manière générale des modifications profondes et de véritables transformations sur certains points. La clinique, l'anatomie normale et pathologique, l'histologie fine, l'expérimentation ont contribué, chacune pour leur propre compte, à cette métamorphose. L'étude des maladies infectieuses, éclairée par les découvertes de la bactériologie, est venue, de son côté, jeter une vive lumière sur la détermination d'un certain nombre de maladies nerveuses. Aussi les anciens traités de neuropathologie ont-ils vieilli et sont-ils vite devenus incomplets et insuffisants.

Il suffit, pour constater ces progrès, de comparer la troisième édition du *Traité des maladies du système nerveux*, publiée en 1885, par M. le professeur Grasset avec la quatrième édition qu'il vient de faire paraître, en collaboration avec M. Rauzier. Ne pouvant, en présence de « toutes les conquêtes accumulées en neuropathologie dans ces huit dernières années », assumer seul cette lourde tâche, M. Grasset a fait appel à son fidèle et ancien collaborateur, M. Rauzier, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, « habitué depuis de longues années à penser avec lui ».

Et cette collaboration a été féconde; elle a donné naissance au plus complet traité des maladies nerveuses que nous possédons.

Tout en conservant le cadre et le plan général de l'édition précédente, MM. Grasset et Rauzier ont ouvert des chapitres entièrement neufs pour l'acromégalie, l'épilepsie, l'aphasie, la sclérose cérébrale, l'athélose double, la chorée chronique, la porencéphalie, l'hydrocéphalie, la syringomyélie, la maladie de Friedreich, les névrites périphériques, la maladie des tics. Quant aux autres maladies, déjà étudiées dans la dernière édition, les unes, comme les amyotrophies, les paralysies pseudo-bulbaires et la neurasthénie ont été tellement remaniées conformément aux données récentes qu'elles sont pour ainsi dire transformées; les autres ont, pour la plupart, subi des additions considérables, nous citerons particulièrement les chapitres : aphasies, localisation cérébrale, tabes, sclérose en plaques, paralysie générale progressive, para-

lysies atrophiques de l'enfance, maladie de Basedow, hypnotisme, épilepsie, hystérie.

Mettant à profit l'élément nouveau apporté par les études bactériologiques récentes, les auteurs ont explicitement souligné le rôle des maladies infectieuses dans l'étiologie des méningites, de la paralysie spinale infantile, de la sclérose en plaques, des encéphalites, etc.

L'ouvrage nouveau de MM. Grasset et Rauzier comprend deux forts volumes de 1,000 pages chacun. Il est divisé en six parties. Les deux premières parties, qui constituent le premier volume ont trait, l'une aux maladies de l'encéphale, l'autre à celles de la moelle. Les quatre dernières parties concernent successivement les maladies de la moelle allongée, les maladies des méninges, les maladies des nerfs et les névroses, les manifestations nerveuses des maladies générales. Enfin, comme appendices, deux très récentes leçons de M. Grasset sur les vieux dogmes cliniques devant la pathologie microbienne.

L'auteur défend ici une idée chère de pathologie générale et de philosophie médicale, la vieille théorie vitaliste de l'école de Montpellier, et déclare que les dernières recherches bactériologiques, en rajeunissant les vieux dogmes cliniques, ont mis « de plus en plus en lumière l'activité propre et spontanée de notre organisme vivant ».

Il est impossible de terminer ce trop sec et trop court aperçu sans mentionner les nombreux documents figurés (122 figures et 33 planches), qui illustrent ces deux beaux volumes. Très heureusement choisies tant dans les collections personnelles de MM. Grasset et Rauzier, que dans divers auteurs, ces figures facilitent singulièrement l'intelligence du texte. Un ouvrage de neuropathologie ne peut actuellement se passer de ce complément iconographique.

Les indications bibliographiques sont nombreuses et bien choisies, encore que les auteurs déclarent expressément qu'ils veulent être très sobres d'indications de ce genre. Les chercheurs qui connaissent la grande utilité de pareils renseignements et le temps qu'il faut pour les recueillir, leur en sauront certainement gré et les absoudront d'avoir péché par excès de modestie.

En somme, le *Traité pratique des maladies du système nerveux*, de MM. Grasset et Rauzier, trouvera, nous en sommes certain, auprès du grand public médical, le chaleureux accueil qu'il mérite à tous égards. C'est la meilleure œuvre et la plus complète parue jusqu'ici sur la matière. Elle représente incontestablement un travail assidu et continuel de plusieurs années. Toutes les questions concernant la pathologie nerveuse y sont traitées avec détails, d'une manière méthodique et claire, en parfait accord avec les découvertes cliniques et pathologiques les

plus récentes. Etudiants et médecins ne sauraient faire de lecture plus instructive, lecture du reste très agréable, car la forme, si souvent négligée en littérature médicale, est ici particulièrement soignée.

Dans ces conditions, il est superflu d'ajouter que ce nouveau traité a sa place marquée dans la bibliothèque de tout médecin et sur la table de tout neuropathologiste. J.-B. CHARCOT.

FAITS DIVERS.

LES ALIÉNÉS EN ANGLETERRE. — Le nombre des fous s'accroît d'une façon inquiétante dans le Royaume-Uni, si l'on en croit un rapport officiel. Voici les chiffres qui montrent pour l'Angleterre, l'Ecosse et l'Irlande réunies, les progrès faits par la folie au cours des trente dernières années. On comptait :

En 1852,	55.525	fous sur	29.197.737	Anglais.
1872,	77.013	—	31.842.522	—
1882,	98.871	—	34.788.814	—
1892,	120.004	—	37.782.922	—

Ce qui fait une augmentation annuelle de plus de 2,000 personnes privées de leur raison. Leur proportion était, en 1862, de 1.81 par 1,000; elle est, en 1892, de 3,18. L'enquête faite attribue ces fâcheux progrès à deux causes. La première est l'extension de plus en plus grande de l'alcoolisme, qui se passe de commentaires. La seconde est d'autre nature. Jadis, il n'était en Angleterre qu'une seule manière de traiter les fous : on les enfermait dans un asile où l'on ne cherchait guère à les guérir ni à prolonger leur vie. Bien peu voyaient se rouvrir les portes de leur prison ; presque tous y mouraient, et le germe de leur mal s'y éteignait avec eux. Les risques de la transmission héréditaire étaient donc presque nuls. Aujourd'hui, l'on soigne assidûment les fous, et, sitôt qu'ils paraissent à peu près revenus à la raison, on s'empresse de leur rendre la liberté. Ils rentrent dans le monde, s'y marient, et font souche, paraît-il, de malades et de malheureux comme eux.

HYPNOTISME EN BELGIQUE. — Par arrêté ministériel du 14 juillet 1893, M. Astère Denis (de Verviers) a été autorisé à pratiquer l'hypnotisme. Cette autorisation vient d'être renouvelée pour un an, M. Denis s'étant assuré la collaboration d'un médecin diplômé. — Avis aux amateurs.

Le traitement de la morphinomanie. — La *Tribune* de New-York annonce que lord Randolph Churchill, l'éminent membre du Parlement anglais, est maintenant au *Boston Sanitarium*, à Chicago, pour s'y traiter contre l'usage de l'opium. La méthode ressemblerait à celle du traitement Keeley contre l'alcoolisme, à cela près qu'un composé végétal remplacerait la solution d'or.

L'homme-autruche. — *Londres:* On vient de découvrir, dans un asile d'aliénés, un homme-autruche, un fou qui passait son temps à avaler les objets les plus divers qu'il rencontrait sur son chemin. Le journal médical *Lancet* tient du médecin qui l'a soigné à Lancaster que le pauvre diable portait dans son estomac 192 clous de tout genre et de toute dimension, mais ayant en moyenne 2 pouces 1/2 de longueur, plus quelques crochets, un morceau de fil de laiton, des copeaux de bois, un bouton et une natte de cheveux, le tout pesant une livre dix onces. L'extraction de ces différents objets, bien que fort difficile, a parfaitement réussi.

La folie. — *Morlaix:* L'auteur de la tentative de meurtre commise sur un jeune garçon, dimanche soir, à Plougasniou, a été arrêté, aujourd'hui, par la gendarmerie de Lanmeur. C'est un garçon de ferme de Ploujean, nommé Jean Legall. Cet individu, atteint d'aliénation mentale, avait quitté le domicile de ses maîtres depuis huit jours environ et errait à l'aventure dans la campagne, couchant à la belle étoile. Il avait déjà précédemment donné des signes manifestes de folie. — C'est aux difficultés mises à l'admission des aliénés qu'est encore dû ce malheur.

Enfants épileptiques. — Un arrêté de M. le Ministre de l'intérieur à la date du 26 juin 1893 prescrit à MM. les médecins des districts *du grand-duché de Bade* de retirer des écoles communes les enfants épileptiques dans l'intérêt de leur santé et de l'enseignement des autres enfants, et de les placer à l'asile pour *enfants épileptiques* de *Kork* qui fonctionne depuis le 30 novembre 1892. (*Allg. zeitsch. f. Psychiat.*, 4, 3, 4.) — C'est également ce qui est fait en France, en ce qui concerne l'exclusion de l'école, mais malheureusement on n'a nul souci de secourir et d'hospitaliser ces enfants.

Asile de Neutado. — A la date du 1er octobre 1893 a été ouvert *l'asile d'hospitalisation provincial d'aliénés de Neustado* dans le *Holstein;* cet asile destiné à huit cents malades a été installé dans une grande fabrique de sucre adaptée à son nouvel usage. Situation magnifique; hauteurs boisées; vue sur la Baltique. Le directeur de l'asile du Schlessvig a été nommé à ce poste qui le rapproche de Kiel à l'université de laquelle il est privat docent.

Il est à espérer maintenant que cet asile deviendra bientôt un asile de traitement en même temps qu'un asile-hospice. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, L, 3, 4.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

BOTTEY (F.). — *Traité théorique et pratique d'hydrothérapie médicale.* — Volume in-8° de 597 pages. — Prix : 10 fr. — Paris, 1895. — Librairie G. Masson.

BOURNEVILLE. — *Rapport sur l'assistance des enfants idiots et dégénérés au Congrès national d'assistance de Lyon*, 1894. — Volume in-8° de 138 pages.

BOURNEVILLE. — *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie, l'idiotie et l'hydrocéphalie.* Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1893, avec la collaboration de MM. BONCOURT, CORNET, LENOIR, J. NOIR et P. SOLLIER. Tome XIV. Un beau volume in-8° de LXIV-384 pages, avec 88 figures et un plan. — Prix : 7 fr. Pour nos abonnés, 5 fr.

FENAYROU (A.). — *La Folie dans l'Aveyron. — Contribution à l'étude des folies morales.* — Un volume in-8° de 188 pages. — Toulouse, 1894. — Typographie et lithographie, A. Duclos.

GOLDSCHEIDER (A.). — *Ueber den Schmerz in physiologischer und klinischer Hinsicht.* — Brochure in-8° de 66 pages. — Berlin, 1894. — Librairie A. Hirschwal.

JOFFROY (A.). — *Nature et traitement du goitre exophtalmique.* — Brochure in-8° de 62 pages. Prix : 1 fr. 50. Pour nos abonnés, 1 fr.

JOFFROY (A.). — *De la méthode anatomo-clinique en médecine mentale.* — Brochure in-8° de 23 pages. Prix : 1 fr. Pour nos abonnés, 0 fr. 70.

MAGNAN (V.). — *Leçons cliniques sur les maladies mentales faites à l'asile clinique (Sainte-Anne).* Recueillies et publiées par BRIAND (M.), LEGRAIN, JOURNIAC et SÉRIEUX. (*Deuxième édition augmentée.*) — Un vol. in-8° de 435 pages, avec figures. Prix : 8 fr. Pour nos abonnés, 6 fr.

MENARD (Ch.). — *Des paralysies para-infectieuses, leur traitement par les eaux de la Malou.* — Volume in-8 de 117 pages. — Paris, 1894. — Librairie G. Masson.

PRICHARD (A.). — *The early history of the Bristol medical School.* — Brochure in-8° de 31 pages. — Bristol, 1894. — J. W. Arrowmsith.

RAYMOND (F.). — *Étiologie du tabes dorsal.* — Brochure in-8° de 20 pages. Prix : 1 fr. 50. Pour nos abonnés, 1 fr.

RAYMOND (F.). — *Contribution à l'étude des tumeurs névrogliques de la moelle épinière (syringomyélie à type spasmodique).* — Brochure in-8° de 35 pages. Prix : 1 fr. 25. Pour nos abonnés, 0 fr. 90.

RAYMOND (F.). — *Contribution à l'étude des tumeurs du cerveau : un cas de gliome neuro-formatif.* — Brochure in-8° de 28 pages, avec 19 figures. Prix : 1 fr. Pour nos abonnés, 0 fr. 70.

Le rédacteur-gérant, BOURNEVILLE.

Evreux, Ch. HÉRISSEY, imp. — 1094

Vol. XXVIII. Novembre 1894. N° 93

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE

HYSTÉRIE. — CONFUSION MENTALE ET AMNÉSIE CONTINUE. — ANESTHÉSIE GÉNÉRALISÉE. — EXPÉRIENCE DE STRUMPELL.

Par J. SÉGLAS, médecin suppléant à la Salpêtrière;
et BONNUS, interne des hôpitaux [1].

Mlle M..., dix-neuf ans, modiste, nous est amenée à la Salpêtrière le 5 juin 1894 par une de ses tantes, pour des accidents intellectuels survenus une dizaine de jours auparavant et dont le plus saillant est un trouble de la mémoire, se présentant sous la forme dite *amnésie continue*.

Les renseignements recueillis sur ses antécédents, bien qu'incomplets, nous apprennent cependant que vers l'âge de seize ans, au moment de l'apparition des règles, elle eut deux crises de nerfs qui furent les premières manifestations névropathiques, et des troubles digestifs dont le caractère est assez difficile à déterminer rétrospectivement. Jusqu'à il y a six mois, plus d'attaques. Depuis cette époque, elle s'est trouvée mal seulement deux ou trois fois. Il n'y aurait rien de particulier sur son état mental antérieur; mais il est au moins prudent de faire des réserves à ce propos.

Aujourd'hui cette jeune fille présente de la façon la plus nette les stigmates classiques de l'hystérie. Les troubles de la sensibilité sensitivo-sensorielle sont aussi développés que possible.

Anesthésie tégumentaire généralisée (peau et muqueuses). — Ni le contact, ni la douleur, ni la température ne sont perçus en aucun point du corps; sensibilité profonde abolie; perte absolue du sens

[1] Communication faite au *Congrès des aliénistes et neurologistes* de Clermont-Ferrand. (Août 1894.)

musculaire et articulaire, des notions de poids, de position des membres, de direction. Chaque fois qu'on interroge la malade au cours de ces recherches, elle fait cette réponse caractéristique : « Comment voulez-vous que je sache tout cela, ce que deviennent mes bras, mes jambes, *puisque je ne les vois pas?* » montrant qu'habituellement elle supplée par les sensations visuelles au défaut de ses sensations kinesthésiques.

Le champ visuel des deux côtés est aussi rétréci que possible, se réduisant presque au point de fixation. Il y a de la dyschromatopsie : les violets, bleus, verts paraissent uniformément tantôt bleus, tantôt roses, suivant la teinte plus ou moins foncée.

L'ouïe des deux côtés est également très faible : une montre n'est plus entendue à 1 ou 2 centimètres. L'odorat et le goût sont abolis. Perte du réflexe pharyngien, de la sensibilité de l'anus et du rectum ; la malade prenant un lavement sans sentir ni l'introduction de la canule, ni la température du liquide. Elle ne sent non plus jamais la faim. Comme zones hyperesthésiques, on ne retrouve guère que le clou qui est très net.

D'après l'examen des troubles de la sensibilité, la malade se présente donc à nous comme atteinte d'anesthésie généralisée. Elle a d'autre part des attaques plus ou moins intenses, mais toujours du même type, et caractérisées par une perte de connaissance, cris et rires spasmodiques, convulsions toniques en extension, ébauche d'arc de cercle, grands mouvements peu accentués, attitudes passionnelles, hallucinations et délire, sur lesquels nous reviendrons. La malade ne garde à l'état de veille aucun souvenir de ces attaques, fait assez explicable eu égard aux accidents mentaux qu'elle présente d'autre part. Les plus saillants sont les troubles amnésiques auxquels nous avons déjà fait allusion. Mais ils ne sont pas les seuls.

Lorsque la malade nous fut amenée, le 5 juin, il y avait déjà quinze jours qu'elle était arrivée à Paris, venant de Lesparre, à la suite d'une scène survenue le 26 mai, sur laquelle elle ne peut fournir aucun détail. Elle ignore absolument tout : la date, ce qui s'est passé. Elle sait seulement que son père a voulu la faire revenir dans son pays, qu'un gendarme était venu lui en apporter l'ordre. A partir de ce moment, elle ne se souvient plus de rien ; et ne peut s'expliquer ni pourquoi, ni comment, ni avec qui elle est venue à Paris.

De plus, à mesure que le temps s'avance, cette amnésie progresse en quelque sorte; car la malade ne retient rien ou presque rien de ce qui se passe autour d'elle. Les faits sont oubliés à mesure qu'ils se produisent, la très grande majorité totalement, quelques-uns, très rares, seulement dans leurs détails, restant ainsi à l'état de faits vagues, isolés, sans signification précise.

Notre malade semble d'ailleurs parfaitement indifférente à tout

et vit dans une sorte d'hébétement continu, passant ses journées à faire de la dentelle d'une façon automatique, sans penser à rien, dit-elle. De fait, par l'examen direct à l'état de veille, on ne peut retrouver chez elle aucun délire, aucune idée fixe, et l'on ne constate qu'un état de confusion mentale assez accentué.

Depuis son entrée dans le service, elle semble n'avoir rien compris et rien retenu. Elle dit bien qu'elle est à la Salpêtrière, mais ce n'est là qu'un mot ne répondant à aucune idée précise. Elle ignore comment et pourquoi elle y est venue, ne se rappelle même pas être passée par le Dépôt de la Préfecture de police et l'asile Sainte-Anne, sait seulement qu'elle était à Paris chez sa tante. De même elle reconnaît les personnes du service plus ou moins aisément, mais toujours sans comprendre ce qu'elles font là; elle ignore le nom de sa salle, ceux de ses voisines. Elle ne se souvient pas d'un instant à l'autre de ce qu'elle vient de faire; et à cette absence de points de repère correspond une notion extrêmement vague du temps. Si on la surprend au milieu d'une lecture, elle ne peut en donner le sens. Il faut, lorsqu'on veut lui parler, fixer son attention pour en obtenir des réponses, lentes à se formuler et très brèves. Elle est toujours indifférente à ce qui se passe autour d'elle, distraite, ayant l'air de rêver, bien qu'elle déclare formellement ne penser à rien; ou s'absorbant par exemple dans la contemplation d'un objet extérieur, d'un tableau pendu au mur qu'elle regarde longuement et sans qu'elle paraisse ensuite en avoir retiré autre chose qu'une notion très vague, à peine celle qu'un enfant pourrait exprimer après avoir feuilleté un album d'images.

Les faits antérieurs au 26 mai ne sont pas oubliés, mais la mémoire ne les reproduit toutefois qu'en hésitant, avec un certain effort; et souvent même il faut presser la malade pour en obtenir un renseignement, car elle répugne en général à toute espèce d'effort. Lorsqu'on lui parle des faits survenus depuis le 26 mai, quoi qu'elle en dise, elle ne se donne guère la peine de chercher; et souvent même elle se contente de répondre que c'est ennuyeux d'en entendre parler, puisqu'on sait bien qu'elle a tout oublié, qu'elle ne retient rien.

Cette difficulté de l'effort ne se rencontre pas seulement dans le domaine de l'attention, mais à l'occasion de toutes les manifestations volontaires. La malade est lente dans tous ses mouvements, reste assise la plupart du temps à faire des travaux de crochet; elle est des plus dociles, se laissant facilement conduire, dans son éternelle indifférence.

L'ensemble symptomatique que nous venons de signaler et que l'on observe directement à l'état habituel, vient à se modifier dans des circonstances différentes, donnant ainsi lieu à des constatations de clinique psychologique d'une grande

importance au point de vue de la nature et du pronostic de ces phénomènes.

En face d'une malade se présentant à nous avec de l'anesthésie généralisée, la première idée qui devait se présenter à notre esprit était, avant toute chose, de tenter sur elle ce que l'on appelle l'*expérience de Strumpell.*

Vous savez, en effet, Messieurs, qu'une anesthésique totale à qui on enlève la faculté de voir et d'entendre, tombe dans un état particulier, sur lequel les auteurs ne sont pas d'accord.

M. Raymond, qui a fait en France une étude très complète de ces cas particuliers, pense que les malades entrent alors dans un état de sommeil qui se rapproche du sommeil normal, tant par son mode de production que par ses manifestations extérieures. M. Ballet, au contraire, tout en ayant constaté les mêmes phénomènes, leur attribue une autre interprétation et pense qu'il s'agit là d'une forme de sommeil hypnotique.

Pour M. Pierre Janet, ce serait également un état somnambulique; pour M. Pronier, une manifestation purement hystérique, nullement comparable au sommeil normal.

Or, si nous nous reportons à nos expériences personnelles, voici, sous une forme résumée, ce que nous avons pu observer. L'occlusion, des oreilles seules, et lorsqu'elle n'est pas prolongée, ne produit rien de particulier, aucune modification dans l'état somatique ou psychique de la malade qui comprend les signes, les gestes que l'on fait, les mots que l'on écrit devant ses yeux, qui répond, exécute les ordres donnés.

Pratiquée dans les mêmes conditions, l'occlusion momentanée des yeux seuls n'empêche pas M... de compter, de répondre comme devant aux questions qu'on lui pose. Seuls les mouvements volontaires se trouvent modifiés, ce qui n'a rien d'étonnant puisque nous avons constaté chez elle la suppléance des images kinesthétiques absentes par les images visuelles. A la suite de l'occlusion des yeux, ou simplement de l'interposition d'un écran, elle perd les notions de position de ses membres, de la direction des mouvements, que tantôt elle accomplit d'une façon incoordonnée, ou même qu'elle croit parfois accomplir, alors que tout se borne à la simple tentative d'un effort initial sans mouvement effectif. Ajoutons, à ce propos, que l'interposition d'un écran, lorsque la malade écrit, ne l'empêche pas de continuer; mais il est à remarquer, comme nous le verrons plus tard, qu'elle présente le phéno-

mène connu sous le nom d'écriture automatique et inconsciente.

Mais dans ces expériences, que la malade soit privée isolément de ses sensations soit optiques, soit auditives, il est à remarquer que cela peut n'être que presque momentané (de deux ou trois minutes), et ensuite, lors même que l'expérience se prolonge (occlusion des oreilles seules pendant dix minutes, par exemple, ou des yeux seuls pendant trente minutes), M... reste forcément en correspondance avec nous à l'aide du sens qui reste libre, pour recevoir nos ordres et nous permettre de nous assurer de son état psychique. Nous continuons donc ainsi à fixer son attention, à entretenir et à diriger son activité mentale.

Mais supprimons ces deux conditions, et une fois l'occlusion faite des yeux ou des oreilles, toujours isolément, abandonnons la malade à elle-même et attendons. Que va-t-il se produire ? Absolument les mêmes phénomènes que détermine chez elle l'occlusion simultanée des yeux et des oreilles, c'est-à-dire l'expérience de Strumpell.

Voyons donc ce qui se passe dans cette expérience. Si l'on vient à pratiquer tout à la fois l'occlusion hermétique des yeux et des oreilles, la malade se débat d'abord un peu comme pour essayer de se débarrasser du bandeau, puis après quelques minutes laisse tomber sa tête sur sa poitrine. A ce moment elle allonge les bras qui entrent en contracture, présentent quelques petites secousses cloniques, puis des mouvements automatiques ; la respiration s'accélère ; par instants, il se fait des inspirations profondes et au bout de cinq minutes la malade reste immobile. Elle présente alors des contractures tantôt dans un membre, tantôt dans un autre, surtout aux membres supérieurs. Il n'y a pas d'ailleurs d'hyperexcitabilité neuro- ou cutano-musculaire ; pas trace de plasticité cataleptique dans les membres non contracturés.

Si on enlève les bandeaux, on constate immédiatement, et de la façon la plus nette, un frémissement des paupières qui persiste tant que la malade est dans cet état. Le pouls est accéléré (108), la respiration l'est aussi, le visage un peu congestionné.

Si on ouvre brusquement les paupières, on éprouve une grande résistance. On voit alors que les yeux sont en strabisme convergent supérieur ; les paupières se referment de suite, et tout reste dans le même état. Mais si on les maintient ouvertes

alors la malade tourne la tête, fait de profondes inspirations. En même temps apparaissent des spasmes toniques dans les membres, puis la malade fait quelques mouvements simplement désordonnés, s'agite, secoue la tête, se frotte les yeux et se réveille d'un air absolument hébété, sans avoir aucun souvenir de ce qui vient de se passer. Voilà pour les phénomènes les plus apparents qui caractérisent objectivement cet état.

Sans rien préjuger de la question, ce sommeil semble déjà se différencier beaucoup du sommeil normal. Mais approfondissons davantage. La malade, quelques jours après, est placée dans les mêmes conditions, par le même procédé, ayant produit les mêmes phénomènes. On la débarrasse de son bandeau; et au lieu de lui ouvrir les yeux, on l'interpelle. Loin de se réveiller, elle nous répond; on entre ainsi en conversation avec elle, et l'on ne tarde pas à s'apercevoir qu'elle dispose alors d'une activité intellectuelle beaucoup plus grande et d'un champ de conscience beaucoup plus étendu qu'à l'état de veille.

Si nous recherchons ce que sont devenus les stigmates physiques constatés précédemment, nous les voyons profondément modifiés. D'abord, on ne trouve plus le clou; en outre la sensibilité cutanée est revenue, de même que le sens musculaire, bien que d'une façon encore imparfaite. Elle sent la piqûre et a retrouvé les notions de position, de poids et même en grande partie celles de direction.

D'un autre côté, mêmes modifications des sens spéciaux (goût, odorat); le champ auditif réduit de 1 à 2 centimètres augmente à 12 ou 15 centimètres. Le champ visuel n'a pu être examiné, mais il est bien vraisemblable qu'il a dû également s'élargir. Il est à remarquer d'ailleurs que toutes ces excitations sensitivo-sensorielles, même répétées, ne réveillent nullement la malade, comme elles pourraient le faire chez un simple dormeur; et sont le point de départ de réactions psychiques, intelligentes, nullement comparables à l'automatisme du rêve dans le sommeil normal. La modification des différents symptômes anesthésiques nous indique donc déjà un élargissement du champ de la conscience permettant à M... de percevoir les sensations actuelles. Mais tout ne se borne pas là; il en est de la mémoire comme de la perception extérieure, et de même que la conscience perçoit maintenant les sensations présentes, elle s'assimile également les images des souvenirs.

Aussi, M... raconte-t-elle alors sans la moindre hésitation, de la façon la plus précise, avec dates et détails à l'appui, non seulement tous les faits qui ont suivi son départ de Lesparre, mais encore d'autres qui l'ont précédé et qu'elle a oubliés à l'état de veille; enfin, tous ceux qui se produisent au jour le jour et qu'elle semble ignorer.

De cette façon nous pouvons savoir dans quelles circonstances est apparue son amnésie et en déterminer les caractères. Cette amnésie s'est montrée le 26 mai à la suite d'une attaque survenue dans l'après-midi, au retour de quelques démarches faites par la malade à l'occasion de l'ordre que le gendarme lui avait apporté le matin entre sept et huit heures. Cette visite du gendarme semble être, à l'état de veille, le point de départ de l'amnésie qui, en réalité, présente ainsi déjà une période rétrograde de quelques heures, comprise entre la venue du gendarme et l'attaque. Cette période rétrograde comprend même quelques souvenirs épars d'un passé plus lointain, et ses limites réelles sont bien difficiles à préciser.

Quoi qu'il en soit, la malade pendant la période de Strumpell donne tous les détails possibles sur cette période rétrograde.

Cela nous montre donc que les souvenirs de ces faits ne sont pas totalement perdus pour elle, mais qu'ils existent en réalité à l'état subconscient. De même, les faits qui ont suivi l'attaque, son voyage à Paris, ceux qui se sont passés jusqu'à son entrée dans le service, et depuis (période antérograde), tous, même les plus minimes, même ceux auxquels elle semble parfaitement indifférente, ont été cependant complètement perçus et fidèlement conservés de la même façon subconsciente. C'est ainsi que, dans cet état, la malade donne les renseignements les plus précis sur les péripéties de son voyage, de son séjour à Paris, de son internement, sur ce qu'elle ressent, fait, voit ou entend dans sa salle, sur ses voisines, sur ce qui se passe autour d'elle, sur ses attaques et leurs particularités. Elle a une notion et un souvenir parfaitement exacts des lieux, des objets, des dates, de la durée; alors qu'à l'état de veille, elle semble n'avoir rien compris et rien retenu. Elle combine parfaitement tous ces faits les uns avec les autres, raisonne en un mot et exprime ses idées avec plus de facilité, exécute plus vite et d'une façon plus précise les mouvements qu'on lui commande.

Tels sont les symptômes observés à la suite de l'occlusion simultanée des yeux et des oreilles, et cela à différentes reprises. A mesure cependant que l'on reproduit l'expérience, les symptômes objectifs qui l'accompagnent, tels que la contracture, par exemple, s'atténuent beaucoup, mais sans disparaître jamais.

Nous rappellerons qu'on observe des phénomènes identiques de tous points par l'occlusion isolée des yeux, ou même des oreilles, à condition de laisser la malade abandonnée à elle-même. La seule différence est que cet état particulier se produit moins rapidement que dans l'expérience de Strumpell, surtout lorsque l'occlusion n'intéresse que les oreilles : au bout de cinq minutes au plus dans l'occlusion simultanée des yeux et des oreilles ; au bout de cinq à dix minutes environ dans l'occlusion des yeux seuls; de vingt-cinq minutes dans celle des oreilles seules. (Ces chiffres se rapportent aux premières expériences de chaque catégorie, à mesure que les expériences se répètent, le temps se raccourcit par une sorte d'entraînement, mais les rapports respectifs restent les mêmes.)

Interrogée sur ce qu'elle éprouve dans l'état que nous venons de décrire, M... déclare sans hésitation qu'elle se trouve très bien, beaucoup mieux qu'à l'état de veille. Elle n'est pas énervée, n'a pas mal à la tête. D'autre part, elle nous dit formellement que cet état ne ressemble pas à son sommeil de la nuit, parce qu'alors elle a des cauchemars, qu'elle a mal à la tête, tandis que maintenant elle n'a rien de tout cela. Cette assertion de sa part n'a rien qui nous étonne, car nous l'avons fait surveiller la nuit. Elle dort en général très peu et mal. L'obscurité et le silence de la nuit, qui réalisent à peu près les conditions de l'expérience de Strumpell, ne favorisent même pas le sommeil. Pendant ce sommeil naturel, la malade rêve souvent à haute voix; mais alors au lieu de répondre lorsqu'on lui parle, ou bien elle continue son rêve, ou bien elle se réveille. D'autre part son sommeil naturel n'est ni précédé, ni accompagné, ni suivi d'aucuns des phénomènes objectifs que détermine l'occlusion des yeux et des oreilles dans l'expérience de Strumpell.

En revanche, les mêmes phénomènes se produisent dans une autre circonstance, dans le sommeil provoqué. En effet, M... est hypnotisable ; et quel que soit alors le procédé employé, le plus souvent la fixation d'un objet brillant, l'on arrive en cinq

minutes à provoquer un somnambulisme dans lequel nous voyons non seulement se reproduire trait pour trait, les contractures des membres, les petites secousses cloniques avant et pendant le sommeil, le frémissement des paupières; mais ou l'on constate encore de même l'absence d'hyperexcitabilité neuro-musculaire ou cutano-musculaire, les mêmes modifications des stigmates, le même élargissement du champ de la conscience pour les faits de perception et de mémoire. Enfin le réveil obtenu alors par le souffle sur les yeux ou la seule injonction : « Réveillez-vous », s'accompagne des mêmes phénomènes objectifs précédemment signalés au sortir de l'état déterminé par l'expérience de Strumpell. Et dans un cas comme dans l'autre, une fois revenue à l'état de veille, M... est parfaitement inconsciente de ce qui vient de se passer.

Nous ajouterons que la malade ne fait elle même aucune différence entre ce sommeil provoqué et l'état qui succède à l'expérience de Strumpell, qu'elle distingue formellement, en revanche, de son sommeil normal. Il est à remarquer aussi que pendant le sommeil provoqué, elle retrouve les mêmes souvenirs spontanés ou relatifs à ce que l'on a dit ou fait pendant l'expérience de Strumpell, et réciproquement.

Les considérations précédentes nous amènent donc légitimement à cette conclusion que chez notre malade, le sommeil qui succède à l'expérience de Strumpell n'est pas assimilable au sommeil naturel, mais rentre dans la catégorie des somnambulismes. Et ce fait nous paraît avoir d'autant plus de valeur que l'expérience de Strumpell n'avait jamais été tentée chez M... avant nos recherches, qui ont débuté par ce point et donné de suite les résultats que nous venons d'exposer.

A un autre point de vue, notre observation vient à l'appui de l'opinion qui rattache l'anesthésie et l'amnésie hystériques à un état de désagrégation mentale particulier, de double conscience. Cette anesthésie, cette amnésie apparentes ne sont en réalité qu'un défaut d'assimilation des sensations d'une part, et d'autre part, des images qui sont la base des souvenirs, et qui en réalité sont enregistrées et conservées sinon dans la conscience principale du sujet, du moins dans une conscience secondaire, et peuvent ainsi être reproduites dans des circonstances spéciales : par exemple, dans le somnambulisme pro-

voqué par les moyens ordinaires ou par l'expérience de Strumpell, et aussi dans l'état de simple distraction si facile à déterminer chez les hystériques et au cours duquel l'écriture automatique et inconsciente nous donna déjà, bien que moins complets, des renseignements sur nombre de faits que notre malade paraissait ignorer.

Ces mêmes procédés nous ont permis de constater la présence d'un phénomène psychologique survenu à l'origine de l'amnésie, de l'état aboulique, de la confusion mentale, et dont la persistance depuis lors est sans doute pour beaucoup dans leur continuité. C'est, comme dans bien des faits de ce genre, en particulier dans celui qui fut étudié à divers points de vue par MM. Charcot, Souques, P. Janet, la présence d'une idée fixe subconsciente. En effet, alors qu'à l'état de veille l'interrogatoire de la malade ne met sur la piste d'aucun délire, d'aucune idée fixe, dans le sommeil hypnotique, comme dans celui qui succède à l'expérience de Strumpell, comme dans l'écriture automatique, elle raconte qu'elle est perpétuellement obsédée par l'idée ou même la vision du gendarme qui est venu la chercher; et découvre même qu'elle y pense dans la journée à l'état de veille, mais « *sans s'en rendre compte*, sans le savoir ».

Elle dit également y rêver la nuit dans son sommeil naturel et le revoir tout le temps à chacune de ses attaques. C'est d'ailleurs ce que nous avons pu constater par nous-mêmes dans ces circonstances. En effet, on l'a surprise, dans son sommeil naturel, parlant de la scène en question, du gendarme, du rappel de son père, de son émancipation. Et dans la période délirante de son attaque, c'est l'hallucination visuelle du gendarme qui forme le pivot de tout le délire dans lequel elle cause avec des personnages imaginaires, refusant d'obéir à l'ordre de son père, se disputant avec le gendarme, avec son père, menaçant de tuer ce gendarme qui ne la quitte pas un instant (*sic*), exprimant l'intention, qu'elle ajoute ne vouloir dire à personne (*sic*), de partir ensuite pour Buenos-Ayres, etc... Ajoutons qu'à ce moment on peut se mettre en communication et causer avec elle, mais à condition d'entrer et de rester absolument dans le cercle restreint de son délire. Encore ne peut-on pas le diriger et le modifier à son gré; et n'obtient-on que quelques réponses très brèves.

La présence constante de cette idée fixe, même pendant la

veille, à l'état subconscient, absorbant le peu d'attention que M... a de disponible, la maintenant dans un état de distraction perpétuelle, et par suite augmentant encore le rétrécissement du champ de conscience, ne peut qu'entretenir les troubles anesthésiques, abouliques et amnésiques par lesquels il se manifeste à nous. Aussi est-il indiqué, au point de vue thérapeutique, de s'attaquer à cette idee fixe. Mais il est à remarquer, à ce propos, que M... n'est nullement suggestible dans l'état somnambulique provoqué soit par les moyens ordinaires, soit par l'expérience de Strumpell et se présentant sous l'aspect que nous avons décrit, s'agit-il de suggestion momentanée et des plus simples. La chose n'a rien d'étonnant, car nous savons qu'il existe, même chez les hystériques suggestibles, des conditions de la suggestibilité. Et c'est ainsi que la présence d'une idée fixe, un développement intellectuel plus grand pendant le somnambulisme, déterminant comme une restauration presque complète de la personnalité, sont des obstacles à la suggestibilité. Or, nous avons vu que notre malade réalise absolument ces deux conditions défavorables. Toutefois, M... présente d'autres états, voisins du précédent, où le développement intellectuel en rapport avec la deuxième conscience étant moins accentué, elle devrait être plus suggestible et où elle l'est en effet. C'est ainsi que dans l'état de distraction simple provoquée pendant l'état de veille, et avec écriture automatique et inconsciente, on peut modifier par la suggestion l'idée fixe du gendarme.

M... est également suggestible dans un autre état somnambulique, intermédiaire en quelque sorte à la distraction avec écriture inconsciente et à l'état somnambulique que nous avons décrit chez elle, à la suite de l'expérience de Strumpell ou de manœuvres hypnotiques ordinaires. En effet, l'expérience de Strumpell réitérée d'abord à des reprises multipliées, nous avait toujours mis en présence de cet état dont nous avons exposé tout à l'heure les particularités, lorsqu'un jour, au lendemain d'une violente attaque, nous répétons cette expérience de la même façon et après nous être assuré que la malade était dans les mêmes conditions d'anesthésie et d'amnésie. Elle tombe rapidement dans un état de sommeil semblable en apparence aux précédents, et toujours précédé et accompagné des mêmes phénomènes objectifs, tels que contractures, modifications respiratoires, frémissement des pau-

pières... Mais, en revanche, nous constatons que cette fois, contrairement à ce qui se passait dans les autres expériences, M... a conservé, absolument comme à l'état de veille, son anesthésie sensitivo-sensorielle, et ne présente, en fait de modifications de la sensibilité, que la disparition du clou. L'amnésie, elle, s'est modifiée dans le même sens que les autres fois, mais cependant d'une façon moins complète, et nombre de faits sont rappelés d'une façon beaucoup moins précise et après quelques efforts. Il persiste même un certain degré de confusion mentale, la notion des lieux, du temps, des faits, est moins nette que dans les autres expériences. En outre, lorsqu'elle vient à parler de son délire, de son idée fixe du gendarme, elle ne la juge plus de la même façon au moment actuel. Alors que dans le somnambulisme des expériences précédentes, elle jugeait la vision de son gendarme à sa juste valeur, comme une véritable hallucination, une idée obsédante moins fausse, cette fois, elle déclare que si elle le voit, c'est qu'il est bien là et qu'il s'est attaché à sa poursuite. Malgré ces différences, il est à remarquer que dans cet état somnambulique particulier, elle conserve la notion et le souvenir des somnambulismes précédents et se trouve, dit-elle, *à peu près* dans le même état.

Dans ce somnambulisme, car c'est bien en fait un somnambulisme, mais à développement moins complet que les autres, la malade est suggestible non seulement pour des suggestions momentanées, mais aussi pour d'autres devant se réaliser, et s'étant en effet réalisées, à échéance plus lointaine, après le réveil.

Nous avons pu, dans les conditions précédentes, comme dans l'état de distraction provoquée, nous attaquer à l'idée fixe avec quelque succès, et il s'est produit dès lors une très légère amélioration dans l'état mental, jusqu'à ce qu'une nouvelle attaque, en rappelant le délire, vint tout remettre en question. Ces variations de l'état somnambulique constatées une fois dans l'expérience de Strumpell, n'ont rien qui puisse nous surprendre, car on en rencontre de semblables dans bien des cas de sommeil provoqué, et c'est là un argument de plus en faveur de l'identité de l'état succédant à l'expérience de Strumpell avec les somnambulismes. Pour être absolument complet, il nous faudrait retrouver les mêmes variations dans le sommeil hypnotique provoqué par les moyens ordi-

naires[1]. Nous ne doutons pas qu'on ne puisse y arriver. Mais le temps nous a manqué pour cela, et nous ne pouvons guère actuellement compter pour cela que sur le hasard. Nous n'avons pu, en effet, déterminer les conditions de ces variations dans l'expérience de Strumpell. Nous avions toujours opéré de la même façon et l'examen de la malade, immédiatement avant l'expérience, ne nous avait rien présenté qui nous eût paru différent.

Il nous semble donc résulter de notre observation en elle-même et comparée à celles des autres auteurs, qui pour la plupart ont avec elle de grandes analogies :

1° Que l'état particulier qui succède à l'expérience de Strumpell n'est nullement un sommeil naturel, mais bien un état somnambulique.

2° Que cet état somnambulique, comme tout autre du même genre d'ailleurs, peut varier chez le même malade suivant des circonstances difficiles à préciser.

3° A plus forte raison qu'il peut varier suivant les malades; et c'est sans doute à ce fait qu'il faut attribuer pour une part les divergences des opinions exprimées par les auteurs, l'autre part revenant aux différences qui, d'après la lecture de leurs observations, ont certainement existé dans les conditions de leurs expériences.

CHIMIE PATHOLOGIQUE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'URINE DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE;

Par les Drs KLIPPEL, chef de laboratoire de la Faculté de médecine; et SERVEAUX, aide de laboratoire, licencié ès sciences.

Il est toujours d'un grand intérêt d'étudier la nutrition dans les différents états pathologiques, mais cet intérêt croît encore

[1] Ces mêmes variations ont été retrouvées depuis pour le sommeil hypnotique provoqué par les moyens ordinaires, dans des expériences postérieures à notre communication.

quand il s'agit de maladies nerveuses ou mentales, car les modifications des échanges nutritifs nous montrent quelles sont exactement les conséquences des altérations anatomiques et physiologiques du système nerveux sur la vie végétative.

On peut même espérer dans certains cas au moyen de la connaissance de ces échanges nutritifs vicieux remonter à la cause et faire ainsi dans des circonstances difficiles un diagnostic douteux ou la preuve d'un diagnostic probable.

Pour bien connaître la nature et la valeur de l'évolution des éléments de la nutrition, il faut tout d'abord étudier les excrétions de l'individu et surtout l'urine.

C'est ce qui nous a engagé à entreprendre, d'après le conseil et sous la direction de notre excellent maître M. le professeur Joffroy, ce travail sur l'urine des paralytiques généraux, qui a pour but la détermination de la formule urinaire exacte de la paralysie générale. Dans notre pensée cette formule servira de préface à l'étude de la nutrition dans cette maladie, espérant qu'on pourra peut-être arriver par la suite à un élément de diagnostic important. d'autant plus important que le début de la paralysie générale est plus obscur.

L'URINE DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE, D'APRÈS LES AUTEURS

Nous n'avons point la prétention de faire ici un historique complet des travaux sur l'urine des paralytiques généraux, et nous espérons que les auteurs que nous n'aurons point cité voudront bien nous pardonner notre omission ; nous voulons simplement indiquer sommairement les principaux résultats de nos prédécesseurs pour pouvoir montrer par la suite leurs contradictions et faire voir combien des expériences de contrôle étaient nécessaires.

Sutherland et Beale [1] signalent dès 1855 que la quantité des phosphates augmente dans le paroxysme de la manie aiguë consécutive à la paralysie générale, et qu'elle diminue dans son déclin.

A. Addison [2] conclut, au contraire, d'analyses d'urine de paralytiques généraux, que dans l'excitation les quantités d'acide phosphorique, d'urée et de chlorure de sodium sont moindres que dans le calme.

[1] Sutherland et Beale. — *Medico-chirurg. Transactions*, 1855.

[2] A. Addison. — *Medico-chir. Review*, avril 1865.

De son côté, Merson[1], s'appuyant sur un grand nombre de dosages, pense que l'urée est en général augmentée, que les chlorures, que l'acide phosphorique sont en quantité moindre, que celle de l'acide sulfurique est normale, que le poids spécifique de l'urine varie à peine, et que le volume de vingt-quatre heures est un peu diminué si on le compare à l'état physiologique ; mais qu'au contraire il est augmenté si on l'évalue comparativement avec le poids du corps.

Rabow[2] considère lui aussi la quantité d'urine comme augmentée ainsi que celle de l'urée, mais il constate en outre l'augmentation des chlorures contrairement à l'opinion de Merson. Enfin, d'après M. Lailler[3], cité par M. A. Voisin[4] dans son Traité de la Paralysie générale, l'urine a les caractères de celle des fébricitants.

Aussi bien, dit M. Lailler, dans les phases d'excitation que de dépression, la densité de l'urine est toujours plus ou moins élevée au-dessus de la normale, et on note une augmentation presque constante dans la somme des produits éliminés. Ces modifications qui se produisent dès la première période sont surtout marquées à la troisième et lorsque la maladie est traversée par des crises épileptiformes.

A la troisième période, ajoute M. Voisin, l'urine est souvent fétide et trouble et contient quelquefois de la bile ou des cristaux d'urate de soude, d'acide urique, parfois des globules sanguins, des cellules rénales et de l'albumine.

On voit qu'il y a des contradictions assez nombreuses dans ces différentes opinions ; aussi comme conclusions de ces mémoires, M. A. Foville[5] déclare-t-il qu'il lui paraît ressortir des analyses qui ont été publiées que la sécrétion urinaire ne présente aucune altération spécifique dans la paralysie générale. Et après lui MM. J. Christian et A. Ritti[6] pensent également que dans cette maladie les modifications de la sécrétion urinaire n'offrent rien de caractéristique.

[1] Merson. — *The Urinology of general Paralysis.* (*West Riding lunatic Asylum Reports*, 1874.)

[2] Rabow. — *Archiv. fur. Psych.*, 1877.

[3] Lailler. — *Ann. médic. psych.*, 1876.

[4] A. Voisin. — *Traité de la paralysie génér. des aliénés.* Paris, 1879.

[5] A. Foville, fils. — *Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.* Articl. *Paralysie générale*, 1878.

[6] J. Christian et A. Ritti. — *Dict. Encycl. des Scienc. Méd.*; Art. *Paraly. génér.*, 1884.

Les résultats de ces analyses des matériaux normaux de l'urine n'ont donc rien donné de bien net, rien établi sûrement ; nous allons voir que l'étude des substances anormales n'a conduit à rien de plus certain.

Rabenan[1] avait signalé la présence fréquente de l'albumine dans la paralysie générale (20 cas sur 36, soit 55,5 p. 100), mais M. A. Voisin[2] nie cette fréquence et prétend que l'albumine ne se rencontre qu'exceptionnellement dans cette affection. J. Türner[3] ne trouve également que 7, 6 p. 100 d'albuminuriques dans les paralytiques généraux.

Ici encore la question n'est point résolue vu la contradiction absolue de M. Voisin et de Rabenau.

En 1885, Maccabruni[4] signala la présence des peptones chez les aliénés, surtout à l'occasion des maladies intercurrentes, et il l'attribua à une maladie latente ou à une altération de la nutrition résultant de l'agitation (vu leur fréquence plus grande chez les agités). — Et nous trouvons un peu plus tard vingt-deux analyses d'urines de paralytiques généraux publiées par Marro[5] dans lesquelles cet auteur a constamment trouvé des peptones.

L'intensité de la peptonurie lui a même paru proportionnelle à l'acuité de la maladie et à la rapidité de l'évolution. Aussi se croit-il en droit de conclure que dans les cas de diagnostic douteux l'absence de peptone dans l'urine permettrait d'écarter l'hypothèse de paralysie générale.

C'est aussi l'opinion de R. Fonda[6] qui assure que la peptonurie se rencontre chez tous les paralytiques ; mais, ajoute-t-il, elle n'est pas constante ; aussi, apportant une certaine restriction à l'opinion de Marro, l'absence de peptonurie pour lui n'exclut la phrénose paralytique que si elle est constatée par des examens répétés.

M. Lailler[7] développe beaucoup l'importance de cette restriction et il croit que la peptonurie ne saurait être invoquée

[1] Rabenau. — *Analyse des urines des aliénés paralytiques.* (*Archiv. für. Psych.* 1874.)

[2] A. Voisin. *Loc. citat.*

[3] J. Türner. — *Brit. med. Journ.*, 1887.

[4] Maccabruni. — *Archiv. ital. per le malatto nervose*, 1885.

[5] Marro. — *Giornale della R. Ac. di Med. di Torino.*, Janv. 1888.

[6] R. Fonda. — *Archiv. italiennes de biologie*, XVIII, 1893.

[7] Lailler. — *Ann. médic.-psych.*, XIX, p. 17, 1894.

comme un symptôme de paralysie générale. Elle se rencontre en effet dans des indispositions passagères et dans un grand nombre de maladies. On l'observe dans différentes formes d'aliénation mentale et si elle est plus fréquente dans la paralysie générale, elle fait le plus souvent défaut au début de l'affection, alors que le diagnostic est incertain. Donc là encore, au moins d'après M. Lailler, et quoi qu'ait pu croire Marro et Fonda, pas davantage de critérium.

L'acétonurie peut-elle davantage en donner un ? En aucune façon. Marro[1] avait signalé chez les aliénés la relation de l'acétone avec la peur, mais M. Lailler[2], après Bœch et Slosse, a montré que l'acétone ne fournissait aucun signe pathologique en rapport avec l'état psychique ; il a constaté qu'on pouvait trouver cette substance à l'état de santé comme de maladie et qu'elle n'avait aucune valeur chez les aliénés. Enfin, parmi les substances anormales de l'urine des paralytiques, M. Régis[3] a signalé la glycose.

Que pouvons-nous et que devons-nous tirer de ces assertions ? Assurément pas grand'chose et nous sommes obligés de garder une réserve prudente puisque, à côté d'une affirmation absolue, nous trouvons constamment la négation développée par un auteur non moins digne de foi que celui qui affirme.

C'est en raison de ces doutes que nous avons entrepris la petite étude qui suit et qui ne représente qu'une minime partie de l'étude de l'urine dans la paralysie générale. Il nous semble en effet nécessaire d'établir successivement sur de sérieux documents les points suivants : 1° la composition moyenne de l'urine dans chacune des trois périodes de la paralysie générale ; 2 °la variation de cette constitution moyenne avec la forme clinique de la paralysie générale ; 3° la variation de l'urine chez un même individu dans une même période de la maladie, suivant les phases épisodiques de cette maladie.

Pour le moment nous nous occuperons seulement du premier point, et encore ne considérerons-nous l'urine de paralytique général que durant la seconde période. Nous n'avons pas, en effet, eu l'occasion d'étudier à l'asile Clinique (et il en est ainsi dans tous les asiles d'aliénés) — des paralytiques généraux

[1] Marro. — *Giornale della R. Accad. di Medic. di Torino*, 1889.
[2] Lailler. — *Ann. médic.-psych.*, mars 1892.
[3] Régis. — *Ann. médic.-psych.*, 1879.

dans la première période, et quant à ceux qui sont entrés dans la troisième, ils gâtent et il est bien difficile de recueillir intégralement toute leur urine.

Nous espérons, du reste, pouvoir dans peu de temps, non seulement compléter le premier point de l'étude que nous avons entrepris, mais encore les deux suivants. Nous pouvons donc intituler les résultats que nous allons exposer : *Constitution moyenne de l'urine dans la seconde période de la paralysie générale.*

Pour y arriver nous avons pris les urines d'un certain nombre de paralytiques quelconques sans aucune distinction de forme ou d'évolution de la maladie et nous avons toujours basé les données qui vont suivre sur les dosages effectués sur l'urine des vingt-quatre heures. Avec des aliénés tels que les paralytiques généraux, il est très difficile de recueillir exactement les urines d'une journée entière, néanmoins nous croyons avoir réussi grâce à la bonne volonté du personnel de l'asile Sainte-Anne (clinique de la Faculté).

Peut-être dans quelques cas, heureusement fort rares, croyons-nous, y a-t-il eu un peu d'urine perdue ; mais nous le répétons ces faits constituent l'exception, car nous avons impitoyablement rejeté l'urine chaque fois qu'il nous semblait y avoir un doute sur l'exactitude du volume des vingt-quatre heures.

Dans tous les cas, même s'il s'est glissé quelque erreur à notre insu, le nombre que nous avons trouvé représentera, il faudra bien y prendre garde, un minimum, puisqu'il ne peut y avoir eu comme cause perburbatrice qu'une perte d'urine qui, nous aimons à le répéter, a été tout à la fois très rare et certainement très petite.

Constitution moyenne de l'urine dans la seconde période de la paralysie générale.

A. Caractères généraux. — 1° *Quantité*. En consultant les tableaux I (Urines des hommes) et II (Urines des femmes), on voit que vingt hommes sur trente, soit les deux tiers, et que six femmes sur treize, soit environ la moitié ont une quantité d'urine supérieure à la moyenne (1,200 cent. cubes pour les hommes et 1,100 pour les femmes, d'après Yvon et Berlioz : *Manuel d'Analyse d'Urines*. Paris, 1894) et dans un nombre assez notable

de cas cette polyurie est assez intense. Elle est assez forte par exemple pour que, en additionnant en bloc non point toutes les analyses puisqu'il peut y en avoir plusieurs d'entre elles se rapportant au même individu, mais une seule analyse moyenne pour un même malade, on ait un résultat nettement supérieur à la normale. Et encore, ici surtout, faudrait-il pouvoir tenir compte de l'urine qui a pu être perdue. Il y a donc, comme Rabon l'avait annoncé, une augmentation de la quantité d'urine. En un mot, s'il est vrai qu'il y ait parfois mais rarement oligurie, dans le plus grand nombre de cas, il y a une légère polyurie pouvant devenir parfois très notable.

Couleur. — Les urines des paralytiques généraux sont généralement colorées assez faiblement, le plus souvent on les trouve jaune citrin, le jaune ambré léger y est déjà plus rare, et le jaune ambré foncé est presque une exception. Les *matières colorantes* sont donc un peu diminuées ou normales, et il en est de même des *chromogènes* de l'urine, comme on peut s'en assurer par l'action de l'acide azotique à froid. Ajoutons immédiatement, pour ne plus y revenir, que l'*indican* s'y trouve souvent en proportion notable; nous chercherons à expliquer ce fait dans un autre travail.

Aspect. — Il est bien rare que l'urine soit transparente; elle est presque toujours au moins louche, quelquefois trouble, et ne s'éclaircit pas complètement même après un repos prolongé.

Dépôt. — Mais après ce repos on a quelquefois un dépôt assez faible d'urates ou de phosphates suivant les cas; il n'y a pas de règle bien précise à cet égard. De plus, dans tous les cas à peu près, on trouve du *mucus* en quantité toujours très appréciable, souvent très notable; l'urine des paralytiques généraux présente donc une véritable mucinurie.

Consistance. — C'est grâce à ce fait et à la présence fréquente de l'albumine, comme nous le verrons par la suite, que cette urine mousse toujours bien facilement, et que la mousse est assez persistante.

Odeur. — Quant à l'odeur, elle est en général normale, mais plus forte que celle d'une urine ordinaire; quelquefois on peut noter qu'elle est ammoniacale, mais cela est rare, même lorsque la réaction est alcaline.

Réaction. — La réaction est en effet fort variable : tantôt,

le plus souvent elle est acide, mais toujours alors faiblement acide, tantôt elle est neutre et enfin tantôt alcaline. D'après la statistique que nous avons établie, la réaction est faiblement acide dans les deux tiers des cas ; elle est neutre à peu près dans un sixième des cas, et alcaline dans le dernier sixième.

Les urines neutres ou alcalines se rencontrent donc aisément dans la paralysie générale et cela sans troubles de la miction et sans rétention prolongée d'urine à l'intérieur de la vessie. (Nous n'avons pas examiné ces cas.)

Densité. — M. Lailler nous indiquait la densité de l'urine des paralytiques comme plus forte que la densité normale (v. plus haut). Nous voyons (t. I et II) que cette densité peut être, il est vrai, normale dans quelques cas, que quelquefois elle peut même être augmentée, comme le dit M. Lailler, mais qu'au contraire, dans le plus grand nombre de cas, elle est diminuée, souvent même assez diminuée.

Dosage des éléments normaux. — 1° *Urée.* Pour la plupart des auteurs, Merson, Rabon et M. Lailler, la quantité d'urée est augmentée, tandis qu'Addison déclare qu'elle est diminuée.

Nos analyses (tableau I et II) montrent que très généralement c'est cette seconde opinion qui est réalisée, la diminution de l'urée est la règle, et cette urée peut être même assez fortement diminuée ; la conservation du chiffre normal est rare, et son augmentation est l'exception [1].

2° *Acide urique.* — Il n'en est malheureusement pas de même pour l'acide urique pour lequel nous avons employé le procédé classique qui consiste à le précipiter par l'acide chlorhydrique. Comme on l'a montré récemment ce procédé donne des inexactitudes qui peuvent être souvent tout à fait notables. Aussi, sans citer nos chiffres qui peuvent être entachés d'erreurs et cela dans des proportions que nous ne pouvons pas évaluer, nous contenterons-nous de signaler que l'excrétion de l'acide urique est très variable ; quelquefois augmenté, il est souvent diminué, mais alors il est moins diminué que l'urée, et le rapport de l'acide urique à l'urée est toujours augmenté.

Dans la paralysie générale non seulement par conséquent

[1] Nous avons toujours dosé ce corps au moyen de sa décomposition par l'hypobromite de soude récemment préparé et en déterminant sur de l'urée les corrections nécessaires; nous nous sommes donc mis, autant que faire se peut, à l'abri de toute cause d'erreur.

HOMMES

NOM du MALADE	VOLUME DE L'URINE des 24 h.	DENSITÉ	URÉE		ACIDE PHOSPHORIQUE		CHLORURES	
			Par litre.	En 24 h.	Par litre	En 24 h.	Par litre.	En 24 h.
Sarr. . . .	1,200	»	6,520	7,820	»	»	»	»
Sarr. . . .	1,600	1,013	13,040	20,864	0,950	1,520	14,000	22,400
San	1,580	»	6,520	10,300	»	»	»	»
Meun . . .	1,780	»	12,790	22,760	»	»	»	»
Cess. . . .	0,500	»	27,120	13,560	»	»	»	»
Devo. . . .	0,920	»	19,372	17,820	»	»	»	»
Lour. . . .	1,300	»	15,500	20,100	»	»	»	»
Lour. . . .	1,230	1,023	18,043	22,190	1,350	1,660	14,600	17,958
Cherr . . .	1,460	»	15,000	21,900	»	»	»	»
Cherr . . .	1,100	1,018	15,936	17,529	1,300	1,430	12,000	13,750
Cherr . . .	2,250	1,008	5,412	12,170	0,900	2,025	7,500	16,875
Cherr . . .	2,000	1,010	10,232	20,464	1,200	2,400	11,000	22,000
Pann . . .	1,420	»	15,500	21,900	»	»	»	»
Mass. . . .	1,300	»	19,385	25,200	»	»	»	»
Hou	1,020	»	25,080	26,310	»	»	»	»
Gou	1,850	»	15,490	28,670	»	»	»	»
Cun	2,000	1,010	10,132	20,464	»	»	10,000	20,000
Bon	2,100	1,010	10,232	21,287	»	»	10,500	22,500
Legr. . . .	1,650	1,010	7,968	13,147	0,800	1,320	9,000	14,850
Legr. . . .	0,920	1,030	»	»	2,850	2,620	20,800	19,130
Bon	2,400	1,014	»	»	1,150	2,760	12,000	28,800
Fin	1,100	1,024	»	»	1,500	1,650	21,000	23,100
Bas	0,800	1,026	18,043	14,434	3,350	2,680	18,500	14,800
Bas	1,700	1,020	14,608	24,833	1,600	2,720	16,500	28,050
Chau . . .	1,600	1,016	15,648	25,036	1,500	2,400	13,800	22,080
Cro	1,200	1,022	18,200	21,840	1,300	1,560	17,000	20,400
God	3,200	1,007	10,624	33,990	0,650	2,080	7,500	24,000
Duv	1,300	1,025	15,648	20,340	1,950	2,530	15,000	19,500
Dej	0,900	1,023	»	»	3,300	2,970	18,000	16,200
Char. . . .	1,150	1,025	»	»	1,500	1,725	22,000	25,300
Lomb . . .	0,800	1,022	31,296	25,030	1,700	1,360	13,500	10,800
Becq. . . .	1,400	1,022	20,864	29,210	1,400	1,960	17,500	24,500
Becq. . . .	2,300	1,010	11,511	26,470	1,300	2,990	10,000	23,000
Rous. . . .	1,200	1,021	20,464	24,550	2,200	2,640	17,000	20,140
Chem . . .	1,750	1,015	»	»	1,300	2,270	11,000	19,250
Pru	1,780	1,020	»	»	0,900	1,600	15,500	27,590
Lall	0,500	1,008	10,432	5,216	0,950	0,475	4,800	2,400
Bou	1,500	1,017	»	»	1,800	2,700	14,000	21,000
Bour. . . .	1,900	1,013	14,069	26,730	1,400	2,660	13,000	24,700
Char. . . .	1,900	1,015	14,069	26,730	1,500	2,850	15,000	28,500

les oxydations sont peu actives, mais encore elles sont en partie incomplètes.

Acide phosphorique. — L'opinion des auteurs est encore ici très différente, puisque Sutherland et Beale, ainsi que M. Lailler le croient excrété en quantité supérieure à la normale, tandis que Addison, Merson, le notent comme diminué.

Nos analyses [1] (tableau I et II) *en montrent partout l'excré-*

FEMMES

NOM de LA MALADE	VOLUME DE L'URINE des 24 h.	DENSITÉ	URÉE		ACIDE PHOSPHORIQUE		CHLORURES	
			Par litre.	En 24 h.	Par litre.	En 24 h.	Par litre.	En 24 h.
Fav	1,000	1,006	14,040	14,040	0,900	0,900	8	8
Fav	0,690	»	»	»	2,400	1,600	15	10 35
Tic	0,300	»	29,700	8,910	»	»	»	»
Cra	0,900	»	16,790	15,120	»	»	»	»
Guc	1,000	»	15,348	15,348	»	»	»	»
Barb. . . .	2,750	»	12,000	33,000	»	»	»	»
Bar	1,200	1,012	18,256	21,907	1,200	1,440	8	9,600
Bar	2,000	1,010	9,226	18,452	0,750	1,500	9	18,000
Her	0,900	1,022	18,608	16,747	1,750	1,505	14,500	13,050
Her	1,420	1,016	8,953	12,713	»	»	14,000	19,880
Cha	1,625	»	18,081	30,180	»	»	»	»
Cha	0,900	1,020	18,256	15,530	1,550	1,390	15,000	13,500
Cha	1,670	1,015	17,200	28,724	1,290	1,990	10,500	17,530
Cha	1,900	1,012	11,511	21,870	1,100	2,090	13,000	25,700
Mary. . . .	1,100	1,020	16,765	18,390	2,000	2,200	11,000	12,100
Ren	0,800	1,020	»	»	2,000	1,600	15,000	12,000
Ren	0,400	1,027	11,540	4,600	3,300	1,320	15,000	6,000
Mar	0,640	»	3,000	1,920	3,000	1,920	13,000	8,320
Mar	0,700	1,018	15,318	10,740	2,200	1,540	14,000	9,800
Lem. . . .	1,000	1,014	14,069	14,069	»	»	10,000	10,000
Rich. . . .	1,050	1,026	»	»	1,650	1,730	18,500	19,420
Lacom. . .	1,200	»	»	»	1,800	2,160	9,800	11,760

tion fort réduite, et nous forcent à nous ranger à l'opinion d'Addison et de Merson.

— Nous avons déterminé le rapport de l'acide phosphorique excrété à l'urée. Pour ne point être fastidieux, nous citerons seulement quelques chiffres pris au hasard, chiffres dont on pourrait aisément augmenter le nombre en les déduisant de nos tableaux I et II.

[1] Les dosages ont été faits par précipitation de l'acide phosphorique sous forme de phosphate d'urane avec une liqueur titrée d'azotate d'urane.

TABLEAU III. — *Rapport de l'acide phosphorique à l'urée.*

HOMMES		FEMMES	
Che.	$\frac{1}{8,5}$	Cha.	$\frac{1}{10}$
Bou.	$\frac{1}{10}$	Ren.	$\frac{1}{8,7}$
Cha.	$\frac{1}{9,8}$	Mar.	$\frac{1}{7}$
Bec.	$\frac{1}{8,8}$		
Rous	$\frac{1}{9,3}$		

Ce rapport nous montre que si d'une part l'urée est diminuée et d'autre part l'excrétion de l'acide phosphorique réduite, cette dernière a subi une diminution plus grande encore que celle de l'urée. La désassimilation des matériaux azotés est donc faible dans la paralysie générale, mais la désassimilation du phosphore est encore plus réduite.

Cet acide phosphorique se combine d'ailleurs aux bases terreuses ou aux bases alcalines, quelquefois dans des proportions normales; mais le plus souvent, quoique pas nécessairement, l'inverse pouvant aussi avoir lieu, les phosphates terreux sont éliminés proportionnellement en quantité plus grande que les phosphates alcalins, ainsi que le montrent quelques chiffres suivants pris encore tout à fait au hasard.

Chlorures. — Addison pense que, comme les phosphates, les chlorures sont diminués et Merson est de son avis. Rabon n'admet point cette conclusion et prétend, ainsi que plus tard M. Lailler, que les chlorures sont augmentés [1].

Très augmentés même, dirons-nous, en nous reportant encore une fois à nos analyses. A peine avons-nous pu trouver dans tous nos dosages quelques cas tout à fait exceptionnels où ces

[1] Nous avons fait le dosage des chlorures par le procédé classique de calcination de l'urine avec le nitrate de potasse, dissolution du résidu dans l'acide acétique, puis addition d'une liqueur titrée de nitrate d'argent.

chlorures se trouvent diminués ou normaux ; presque toujours ils sont considérablement augmentés.

TABLEAU IV. — *Excrétion des phosphates.*

HOMMES	ACIDE PHOSPHORIQUE uni aux terres.	ACIDE PHOSPHORIQUE uni aux alcalis.	RAPPORT
Lou	0,43	1,23	$\frac{1}{3}$
Che	0,36	1,66	$\frac{1}{4,6}$
Bas.	0,72	1,96	$\frac{1}{2,7}$
Pru	0,53	1,068	$\frac{1}{2}$
Leg.	0,51	2,11	$\frac{1}{4}$
FEMMES			
Mar.	0,60	1,40	$\frac{1}{2,33}$
Chol	0,55	1,42	$\frac{1}{2,6}$

Nous avons voulu, étant donné cette grande augmentation nous assurer qu'elle ne pourrait pas être attribuée à la nourriture, et en prenant des aliénés en dehors des paralytiques généraux, mais vivant absolument dans les mêmes conditions. puis dosant les chlorures, nous avons vu qu'il y avait tantôt augmentation, tantôt diminution du chlore, cela sans règle fixe (voy. t. V). On peut donc, après ces expériences de contrôle, attribuer à la paralysie générale l'augmentation des chlorures excrétés.

Une remarque cependant s'impose en comparant les tableaux I et II au tableau V, c'est que, sans rien modifier des conclusions que nous venons de formuler, on peut voir que l'excrétion des chlorures subit, incomparablement plus que

celle de l'urée ou des phosphates l'action due aux fluctuations du volume d'urine émis dans les vingt-quatre heures.

TABLEAU V. — *Élimination des chlorures en dehors de la paralysie générale.*

	VOLUME D'URINE en 24 heures.	CHLORURES par litre.	CHLORURES en 24 heures.
Hall	1,170	15,7	18,37
Tou.	0,810	6	4,86
Gr	2,55	9	22,9
Ver.	0,870	8,5	7,39
Ul.	2,200	6	13,20

SUBSTANCES ANORMALES. — Rabenau avait noté la présence fréquente de l'albumine dans l'urine des paralytiques (20 cas sur 36 ou 55, 5 p. 100), tandis que M. Voisin regarde cette présence comme une exception. L'assertion de M. Voisin [1] cause quelque étonnement puisque dans l'anatomie pathologique des paralytiques il admet des lésions rénales fréquentes, au sujet desquelles il s'exprime fort nettement en disant : « Ce sont en somme les lésions de la néphrite interstitielle. » Dans ces conditions, qu'y a-t-il d'étonnant à ce que Rabenau ait trouvé l'albumine souvent.

Nous avons cherché cette albumine à notre tour et simultanément par les quatre méthodes suivantes appliquées à la même urine : 1° *par la chaleur et l'acide acétique après avoir ajouté à l'urine son demi-volume de solution saturée de sulfate de soude ;* — 2° *à chaud par l'acide azotique ;* — 3° *par l'acide azotique à froid ;* — 4° *par la liqueur de Tanret.*

Nous avons ainsi trouvé sur 52 urines soumises à notre examen de l'albumine en petite quantité (18 fois), soit 34, 6 p. 100), mais jamais cette albumine ne s'est trouvée en grande

[1] A. Voisin. — *Loc. citat.*

quantité. Il n'y en a jamais eu plus de 2 à 3 décigrammes par litre. L'albuminurie est donc relativement fréquente; nous l'avons trouvée, il est vrai, moins souvent que Rabenau, mais néanmoins dans une proportion fort respectable.

Cette albuminurie est-elle due à une lésion rénale légère ou à une action bulbaire? On ne peut guère trancher la question, bien que pourtant la légère polyurie des paralytiques, la faible densité de l'urine et les lésions rénales constatées par M. A. Voisin et par l'un de nous, puissent faire pencher vers une lésion rénale peu développée.

Peptones. — Nous avons recherché les peptones[1] seulement cinq fois ; nous en avons trouvé trois fois et deux fois le résultat a été négatif. Comme nous n'avons pas examiné une seconde fois les urines où nous n'avions point trouvé de peptones, il nous est au moins pour le moment, vu le peu de documents que nous possédons sur la question, impossible d'essayer de nous faire une opinion raisonnée sur la peptonurie chez les paralytiques.

Acétone. — Nous avons aussi mis en évidence l'acétone[2] et nous l'avons trouvé neuf fois sur dix. Comparativement nous avons fait la même recherche sur des urines normales et les résultats positifs ont été seulement de 4 sur 6. Ces nombres sont bien faibles, il est vrai, mais nous croyons qu'ils suffisent à montrer qu'on doit considérer avec M. Lailler la présence de l'acétone comme chose de peu d'importance dans la paralysie générale. Tout au plus peut-on dire qu'on la rencontre un peu plus fréquemment que dans l'urine normale.

Résumé et conclusions. — En résumé, nous basant sur les résultats personnels que nous avons développés au cours de cette étude, nous sommes convaincus que pour le moment on ne possède point de critérium permettant de dire immédiatement : Voici une urine de paralytique ou permettant de faire un diagnostic différentiel.

[1] Par le procédé de Wassermann: précipitation des albuminoïdes par le ferrocyanure de potassium puis filtration, destruction de l'excès de ferrocyanure par l'acétate de cuivre, de l'excès de cuivre par l'hydrogène sulfuré; enfin après neutralisation par la potasse et recherche des peptones par le *biuret*.

[2] Par le procédé de Chautard : au moyen d'une solution de fuchsine décolorée par l'acide sulfureux et qui vire au violet en présence de l'acétone.

De plus, nous avons vu que les urines des paralytiques étaient essentiellement variables comme volumes excrétés en vingt-quatre heures, quantité d'urée, de phosphates, de chlorures..., présence d'albumine et qu'on ne peut absolument pas poser de *règle absolue* pour aucune de ces données puisque les variations sont possibles dans tous les sens.

Néanmoins nous avons constaté que s'il n'y avait aucun caractère essentiel, et que si l'on ne trouvait aucune variation d'un élément absolument constant, il n'en est pas moins vrai que les variations se font toujours pour une substance donnée d'une façon très évidente dans la grande majorité des analyses dans un sens déterminé.

On peut donc, en laissant volontairement de côté les différences individuelles que nous chercherons à expliquer plus tard, donner les caractères généraux de l'excrétion urinaire moyenne dans la seconde période de la paralysie générale, comme suit :

Il y a polyurie dans la seconde période de la paralysie générale ; les urines ont une faible densité et sont de coloration claire, légèrement troubles, avec un dépôt muqueux assez abondant. L'excrétion de l'urée est diminuée d'une façon sensible et l'excrétion des phosphates est encore plus réduite, tandis que les chlorures se trouvent au contraire en quantité très grande. Il y a souvent de l'albumine en très petite quantité, très fréquemment des peptones et presque toujours de l'acétone.

Encore une fois nous faisons toutes nos restrictions sur la peptonurie ainsi que sur tout ce qui touche les urines de la paralysie générale en dehors de la seconde période de la maladie, ainsi que les variations dues aux formes et aux épisodes de cette affection.

PSYCHOLOGIE

LA PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE EN AMÉRIQUE

LES LABORATOIRES ET LES COURS A YALE, HARVARD, CORNELL, PENSYLVANIA, MICHIGAN, JOHN HOPKINS, LELAND STANFORD UNIVERSITY, ETC.

Par MARCEL BAUDOUIN,
Chargé de Mission aux États-Unis.

En dehors de ce qui concerne Clark University à Worcester, comme nous l'avons déjà dit [1], nous possédons quelques données sur un certain nombre d'universités américaines où existent des laboratoires et des cours de psychologie expérimentale. Malgré l'importance très restreinte de nos documents et renseignements, nous n'hésitons pas à les résumer ici, puisque, de l'aveu même de M. Binet [2], les descriptions sur ce sujet font tout à fait défaut dans notre pays.

1° YALE UNIVERSITY. — A Yale University, à New-Haven [3], depuis quelques années, on a installé un petit *laboratoire de psychologie expérimentale*, placé, en 1893, lors de notre voyage aux Etats-Unis, sous la direction de M. le docteur en philosophie Edward W. Scripture, instructor in experimental psychology, et auteur de plusieurs travaux remarqués.

Ce laboratoire n'est ouvert qu'aux étudiants gradués et est une dépendance de ce qu'on appelle là-bas les *course of graduate Instruction*, c'est-à-dire de la partie de l'Université qui correspond à nos facultés des lettres et délivre les diplômes de docteur en philosophie [4]. Les aspirants à ce titre doivent y

[1] Baudouin (Marcel). — *La Psychologie expérimentale en Amérique*; in *Archives de Neurologie*, n° 89, p. 11.

[2] Binet. — *Loc. cit.*, p. 16.

[3] Ville située entre New-York et Boston.

[4] Ces cours sont destinés aux aspirants au titre de *Docteurs en philosophie*, de *Maîtres ès arts*, et aux élèves qui veulent devenir *Ingénieurs civils*.

suivre deux cours, qui sont faits par M. Scripture. L'un est intitulé : *Laboratory course in experimental psychology* et comprend l'exposé des méthodes de la psychologie expérimentale, des exercices de laboratoire, des leçons sur la construction et l'entretien des appareils, des conseils sur la façon d'organiser et de gérer les laboratoires de cette espèce. Ce sont évidemment là des leçons destinées aux futurs professeurs et aux futurs directeurs de laboratoires. Dans le second cours, qui, en 1892, avait pour titre : *Special problems in psychology*, le maître avait un autre but, plus didactique cette fois.

En dehors de ce cours aux élèves les plus avancés, au Yale College (Academical Department) [1], M. Scripture fait aussi des leçons destinées aux futurs gradués; mais il s'agit exclusivement ici de l'exposé de ce que l'on sait aujourd'hui en psychologie physiologique, et particulièrement en ce qui concerne la physiologie cérébrale [2].

La bibliothèque générale de l'Université renferme la plupart des travaux qui ont été publiés sur la psychologie expérimentale.

2° Harvard University. — Le laboratoire de psychologie expérimentale de Harvard University à Cambridge, près Boston, est très probablement le plus important des Etats-Unis. En tout cas, son directeur est l'un des expérimentateurs les plus connus en Europe.

C'est M. le professeur Hugo Münsterberg, docteur en philosophie et docteur en médecine, professeur de psychologie expérimentale, élève de l'école allemande. Ce laboratoire est vaste et renferme un grand nombre d'appareils. Comme d'ordinaire, c'est un laboratoire d'enseignement, autant que de recherches ; il se trouve d'ailleurs dans la plus vieille des universités d'Amérique.

M. Münsterberg fait un cours aux élèves gradués; mais il dirige surtout des exercices de laboratoire à l'usage des étudiants avancés, et le cours qu'il professe plus personnellement est un cours de recherches (courses of research). Son laboratoire est si bien pourvu qu'il y a des instruments pour tous

[1] Ceci correspond à peu près à la division supérieure de nos lycées.

[2] M. le Dr Ladd, professeur de philosophie à Yale University, est l'auteur d'un *Psychologie philosophique;* c'est le livre classique des jeunes étudiants qui portent si crânement, sur leur jersey de laine, le grand Y, dont ils sont si fiers.

les jeunes gens qui y travaillent. Mais il y a aussi à cette université un cours de psychologie physiologique, destiné à des étudiants plus jeunes. Ce dernier est fait par le Dr Herbert Nichols, docteur en philosophie, instructor in psychology. M. Nichols[1] dirige aussi des exercices de laboratoire, et explique les principaux chapitres du Traité du professeur Ladd, de Yale University. Il initie en outre les élèves à l'art de se servir des instruments; ceux-ci opèrent ensemble et souvent se prennent comme sujets d'expériences. Nous reviendrons ultérieurement, dans un article spécial, sur ce centre, très connu désormais, d'enseignement de la psychologie expérimentale.

3° Cornell University. — A Cornell University, à Ithaca (N.Y.), même organisation qu'à Cambridge. Les élèves de l'*Academic Year* ont deux cours de psychologie expérimentale. L'un est intitulé : « Introduction à la psychologie expérimentale »; l'autre comprend l'étude de cette science avec expériences à l'appui. Tous deux sont faits par M. le professeur Edward Bradford Titchener, docteur en philosophie, assistant professor of psychology. Le même professeur fait deux autres cours pour les étudiants plus avancés (Teachers and advanced students); le second comprend des expériences de laboratoire sur la méthode psychophysiologique.

Le laboratoire de psychologie renferme un grand nombre d'appareils venus d'Allemagne et chaque année il s'enrichit par de nouveaux achats. Il possède une bibliothèque philosophique contenant la plupart des journaux spéciaux. Il y a, dans la grande Library, récemment construite, grâce aux dons magnifiques de M. Page, un local spécial pour les élèves en philosophie. C'est dans cette université qu'a d'ailleurs été fondée *The philosophical Review*. L'école de philosophie de Cornell est aujourd'hui bien connue en Amérique, sous le nom de *The Pusan Linn Page School of Philosophy* [2].

4° Pensylvania University. — A l'Université de Pensylvanie, à Philadelphie, il y a aussi un enseignement de la psychologie expérimentale, analogue aux précédents et organisé sur un plan tout à fait identique. Le professeur est M. Lightner Witmer,

[1] M. Nichols, quoique encore jeune, est l'auteur de travaux très appréciés.

[2] C'est M. Sage, que nous avons eu l'occasion de voir à Cornell, qui a doté cette école, en 1886, pour perpétuer la mémoire de sa femme. Il a donné pour cela 200,000 dollars, soit un million de francs.

docteur en philosophie, lecturer on experimental psychology.

1° *Cours du College Department* (1892-93). — *a*) Physiologie du système nerveux. Des sensations (cours professé au Biological Building (1er trimestre); *b*) Psychologie de la perception (2e trimestre).

2° *Cours du Department of Philosophy*. — *a*) Psychologie expérimentale : Leçons et exercices de laboratoire (trois heures par semaine); *b*) Esthétique psychologique. Leçons, démonstrations et expériences (deux heures par semaine).

5° Columbia College.— Au Columbia College, de New-York, la Faculté de philosophie a eu, cette année (1893-1894), plusieurs cours de psychologie expérimentale. En voici la liste : *a*) Les psychologistes contemporains : Wundt, Volkmann, Münsterberg, Ribot, James; *b*) Psychologie physiologique : exercices au laboratoire et cours (1er et 2e cours); *c*) Pathologie mentale, hypnotisme, psychologie anormale; *d*) Psychologie expérimentale : leçons et recherches au laboratoire.

Le professeur, pour la partie expérimentale, est M. James Mc Keen Cattell, docteur en philosophie, un des directeurs de la *Psychological Review*.

6° College of New-Jersey. — Au Collège de New-Jersey, à Princeton, M. le professeur Scott a fait en 1892-1893 un cours de psychologie physiologique ; il a traité de l'anatomie et de la physiologie du système nerveux dans leurs rapports avec les problèmes psychologiques.

L'ouvrage qu'il recommande à ses élèves est le traité classique de Ladd.

7° University of Michigan. — A l'Université de Michigan, à Ann Arbor, le programme des cours pour 1892-1893 comprenait trois séries de leçons professées par M. George H. Mead, instructeur en philosophie, pour les élèves du *department of literature, science and the arts*. 1° Fondements des problèmes psychologiques, avec expériences à l'appui; 2° phénomènes psychiques des organismes vivants (recherches de laboratoire); 3° psychologie pathologique, dans les asiles et dans les hôpitaux.

8° Johns Hopkins University. — A la célèbre Université de Baltimore, fondée par J. Hopkins, la psychologie est de même

enseignée d'après les méthodes nouvelles ; et c'est encore le traité du professeur Ladd qui est le livre de chevet des étudiants. Mais nous ne pensons pas qu'il y ait actuellement un laboratoire organisé pour l'enseignement pratique de cette science.

9° Leland Stanford Junior University. — Leland Stanford Junior University, à Palo Alto, près San Francisco (Californie), ne date que de quelques mois et déjà possède des cours de psychologie expérimentale. Le professeur est M. Frank Angell, gradué de l'université de Vermont, docteur en philosophie, reçu à Leipzig en 1891, ancien étudiant de l'université de Wurzbourg (1885) et de Leipzig (1889-91), ancien professeur assistant de psychologie à Cornell University (1891-1892). A Palo Alto, il a fait, en 1892-1893, un cours d'une heure par semaine pendant toute l'année, et s'est occupé de psychologie expérimentale proprement dite.

Il y a à l'université un laboratoire pour les exercices pratiques. En dehors de ces conférences techniques, M. Angell a fait deux autres cours de psychologie, en ayant surtout pour guides, — ce qui se conçoit, étant donné le pays où il a étudié —, les auteurs allemands ; mais il s'adressait alors aux jeunes élèves.

Nous avons tenu à citer tout particulièrement ce dernier laboratoire, parce qu'il est de création toute récente et qu'il n'a pas été cité par MM. Binet et de Varigny [1].

Quelques mots encore sous forme de conclusions.

On remarquera que la plupart de ces professeurs de psychologie expérimentale sont si jeunes qu'à l'exception de quelques-uns d'entre eux, MM. Hall, Münsterberg, Jackowski (de Madison), presque tous ne sont que de simples assistants et même que des instructeurs. D'un autre côté beaucoup sont élèves des universités allemandes, comme M. Münsterberg, d'ailleurs.

Faut-il s'en étonner ? Nous ne le croyons pas. La psychologie expérimentale est née en Allemagne, y a pris son

[1] Il y a encore, au dire de M. Binet, des laboratoires de psychologie à Providence (Rhode Island) et à Chicago ; mais nous ne possédons sur ces universités aucuns documents. — A citer encore, mais cette fois au Canada, l'enseignement de l'Université de Toronto ; et, au dire de M. de Varigny, à Brown University et à Wellesley.

essor, et y a acquis ses titres de grande naturalisation. Et, si les Américains n'ont pas étudié chez nous, c'est donc une conséquence de ce qui s'est passé en France, où ces études, à leur début, ont été tenues en suspicion par les autorités constituées. Il a fallu toute l'énergie de M. Beaunis pour triompher des obstacles. Mais, grâce aux travaux sortis du laboratoire de la Sorbonne, grâce aux efforts de M. Ribot au Collège de France, et de ses collaborateurs à la *Revue philosophique*, nous osons espérer que les étudiants américains s'arrêteront désormais au moins quelques jours à Paris, à leur retour des centres allemands, avant de regagner leur pays, la véritable patrie, à l'heure actuelle, de la psychologie expérimentale. Comme l'a dit M. de Varigny, il y a aujourd'hui aux Etats-Unis une école de psychologie, jeune encore, qui prend chaque jour une importance de plus en plus marquée, et dont il serait ridicule de nier le bel avenir. Quel exemple à méditer ! Et de l'autre côté de l'Océan, il n'a pas fallu dix ans pour atteindre un si merveilleux résultat.

ASILES D'ALIÉNÉS.

LE MOBILIER ET LES INSTRUMENTS DE TRAVAIL DES ALIÉNÉS PAUVRES ET CURABLES

Par le Dr TATY [1].

Au *Congrès d'Assistance publique* qui a eu lieu tout récemment à Lyon, M. le professeur Pierret a soulevé une question qui lui a semblé devoir être, de nouveau et à plus juste titre encore, traitée devant vous et qu'il a bien voulu me charger de soumettre à votre bienveillante attention.

[1] Communication au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de Clermont-Ferrand (6-11 août 1894).

Il existe dans tous les asiles publics une classe fort intéressante et malheureusement trop étendue, de malades des deux sexes recrutés parmi les petits ouvriers en chambre ou les gens isolés, sans famille, souvent sans amis, qui vivent dans un pauvre galetas et n'ont pour toute fortune qu'un mince mobilier, quelques outils, quelques vêtements de travail, le tout d'une valeur minime, acquis bien souvent pourtant au prix de dures privations. Lorsque, frappés par la maladie, les malheureux possesseurs de ces humbles débris entrent à l'asile, ils se trouvent rapidement et fatalement dépouillés de ces ressources, qui leur seraient cependant d'un si grand secours après leur guérison et lors de leur rentrée dans la société, par le procédé que voici :

Le propriétaire de la maison, en général, ou, plus exactement, dans notre région du moins, le régisseur d'immeubles, agent forcément expéditif, rouage par métier peu accessible à l'émotion, n'a qu'un désir et qu'une hâte : voir disparaître tous ces impedimenta qui l'encombrent et l'empêchent d'utiliser le logement vacant par suite de la maladie d'un locataire qui ne paie plus et ne paiera peut-être plus jamais. Il hésite toutefois devant les frais d'un jugement qui l'autoriserait à vendre et il intervient d'abord auprès de la tutelle des aliénés pour qu'on en termine à l'amiable.

La tutelle, il faut lui rendre toute justice en cette occurrence, emploie pour obvier au dépouillement de ses pupilles tous les moyens dont elle peut disposer. Elle fait démarches sur démarches, courses sur courses, propositions sur propositions; elle s'informe d'abord auprès du médecin traitant si l'aliéné est ou non curable, puis, dans l'affirmative, elle met en charge les meubles en question chez des parents, qui s'y refusent trop souvent, chez des patrons, des amis, où elle peut. Mais, d'autres fois, elle est repoussée. Elle a bien obtenu du propriétaire, sous la condition de vider les locaux au plus vite, l'abandon de sa créance locative et sa renonciation à l'exercice de son droit de gage, mais voilà qu'ayant sauvé ce mobilier, elle ne sait plus qu'en faire et ne peut dès lors recourir qu'à une vente volontaire aux meilleures conditions possibles. Les fourrières ? Il n'y faut point songer. La plupart, celles de Lyon notamment, exigent un prix trop élevé qui peut aller à cinquante centimes par jour. La mise en charge à prix d'argent chez des particuliers ? Cela coûterait presque

aussi cher et, à ce compte, toutes les ressources seraient vite épuisées. Vendre, il n'y a pas d'autre solution.

La vente a donc lieu, généralement à l'amiable, par commissaire-priseur, sur place ou à l'hôtel des ventes, si les choses valent le transport. C'est toujours une vente dérisoire dont les associations connues sous le nom de *bandes noires* tirent le plus clair des profits. Les frais montent à 20, à 25 francs. Le reliquat, toujours insignifiant, est versé, comme le veut l'article 31 de la loi du 30 juin 1848, dans la caisse de l'établissement et tout est dit.

Je m'arrête intentionnellement à ces faits. Je ne veux point toucher encore à la question de la vente et de la location des biens immobiliers, ni me demander jusqu'à quel point le département, créancier de l'aliéné, peut intervenir pour retenir ces reliquats en utilisant le petit paragraphe suivant de l'article 31 déjà cité : « Les sommes provenant soit de la vente, soit des autres recouvrements... seront employées, s'il y a lieu, au profit de la personne placée dans l'établissement. »

Je ne veux pas non plus envisager le cas où le propriétaire poursuivrait la vente judiciairement, cas assez rare, il faut le dire. La tutelle est alors impuissante; elle ne peut même pas, faute de place, faire bénéficier le malade des réserves charitables des articles 592 et 593 du Code de procédure civile restrictifs des saisies-exécutions. Le procureur de la République, protecteur légal des aliénés, est dans la même situation, et il le regrette souvent [1]. Mais, pour résister, il lui faudrait un texte de loi qui n'existe pas. D'ailleurs, en fût-il armé, qu'il se heurterait à la même difficulté que le tuteur : que faire du mobilier sauvegardé? Et il en serait de cette loi comme d'autres mesures légales bien connues en matière de défense contre les maladies infectieuses, mesures excellentes à la condition de les renforcer d'un système corrélatif de désinfection pratique, obligatoire et... gratuit.

Je limite donc mon sujet aux ventes mobilières et je constate que, dans l'état actuel des choses, les plus pauvres de nos malades sont, comme toujours, les plus lésés. S'ils sont incurables, il n'y a rien à dire; mais s'ils guérissent? Les voilà donc privés à tout jamais de ces ressources qui leur seraient

[1] Nous avons soumis la difficulté à des magistrats qui ont eu à s'occuper de la question au point de vue pratique et qui nous ont exprimé le regret de ne pouvoir intervenir.

d'un si grand secours pour recommencer la lutte pour l'existence, ressources que ne remplacera jamais le reliquat en argent, produit de la vente, quand il en existera un et quand ils le toucheront.

Dans ces conditions, n'y a-t-il pas quelque chose à tenter ? Ne peut-on chercher à conserver aux malades curables les parties les plus importantes de leur mobilier pour les leur restituer intactes à leur sortie ? La solution se présente immédiatement à l'esprit sous deux formes pratiques.

La première, la plus simple, la meilleure si elle pouvait s'appliquer partout, consisterait à faire appel aux sociétés de patronage ou de secours aux aliénés, dans les villes où elles existent, et à leur signaler le bien à faire dans cette voie. Ces sociétés, investies de pouvoirs réguliers, disposant de ressources pécuniaires, pourraient organiser des sortes de fourrières gratuites où elles recevraient en dépôt les mobiliers des malades et le leur rendraient sans frais aucuns à leur guérison ; et il serait facile, pour les indemniser un peu de leurs dépenses, de leur accorder le bénéfice des successions vacantes ou abandonnées.

La deuxième solution serait d'obtenir des autorités compétentes l'affectation au même but d'un local quelconque, grenier ou hangar, appartenant aux asiles. Je dis appartenant aux asiles, car là seulement on pourrait faire les choses sans frais, grâce aux bras et aux moyens de transport dont on y dispose généralement.

Cependant on se heurte, en ce cas, à des difficultés d'un ordre particulier, qu'il faut mentionner pour les aplanir de suite. Si l'on excepte d'une vente mobilière tous les objets ayant une valeur appréciable, il s'ensuit nécessairement que la vente du reste devient inutile et même onéreuse, car les frais en dépasseraient le produit. On se trouve donc forcément conduit à tout garder sans distinction, à moins de traiter à l'amiable avec quelque industriel qui débarrasserait à vil prix de tous les débris, loques et hardes sans valeur.

De plus, ces mobiliers, par suite de la maladie de leurs propriétaires, sont toujours dans un état de malpropreté révoltante et lorsque nous avons parlé de nos désirs, nous avons pu surprendre, chez nos interlocuteurs, des grimaces significatives à la pensée d'introduire dans l'asile des régiments de ces ennemis intimes dont on n'y a nul besoin.

Je ne m'arrête point à ces difficultés. Le volume des mobiliers en question, même au complet, n'est jamais considérable, voilà pour la première ; pour la deuxième, quelques kilos de poudre de pyrèthre et surtout la mise en marche d'une étuve à désinfection repousseraient victorieusement à la fois et l'objection et les ennemis. L'étuve à désinfection, tout élevé qu'en soit le prix, devrait à l'époque actuelle fonctionner dans chaque asile ; elle y rendrait bien des services et l'introduction de nos mobiliers n'eût-elle pour effet que d'obliger à cette acquisition que ce serait déjà cela de gagné.

Le résultat pratique immédiat de la création de ces gardemeubles serait de dispenser le médecin de l'obligation d'émettre un avis précipité sur le degré de curabilité des aliénés et ensuite de faire bénéficier les malades, même dans le cas de poursuites de la part du propriétaire, des articles 592 et 593 et de leur conserver au moins ce lit que la loi réserve au plus misérable.

Mais, en outre, il ne peut y avoir doute sur le caractère généreux de l'œuvre que nous indiquons. Peut-être nous dira-t-on que les cas sont rares où notre action sera vraiment efficace. Cela est vrai et ce nous est une raison de plus d'insister puisqu'il nous faudra moins de place et moins de dépenses et qu'il vaut mieux rendre service à une seule personne par année que ne rien faire du tout. Voici cependant quelques chiffres : dans une période de deux ans, à l'asile de Bron, trente ventes mobilières ont été demandées, presque toutes à la requête des propriétaires ou régisseurs. La tutelle, dignement représentée par M. le juge d'instruction Chantreuil et son secrétaire, M. Berthelier, grâce à des démarches multipliées, à des courses répétées et fatigantes, à un dévouement dont on ne saurait trop la remercier, a pu obtenir vingt fois la mise en charge du mobilier chez des particuliers; mais dix fois la vente a dû se faire et, en ces dix cas, quelques-uns sont des plus intéressants, notamment celui d'une femme sortie guérie, privée par la vente d'une machine à coudre qu'elle n'avait même pas fini de payer et grevée ainsi dès ses premiers pas au dehors d'une dette en pure perte.

Venir en aide à de pareilles misères, quand cela est si facile, n'est-ce pas répondre dans notre sphère aux aspirations généreuses de l'époque actuelle ? A la fin de ce qu'on a voulu nommer le crépuscule des peuples, à l'aurore, dirais-je plutôt, du

siècle qui se lève, lorsque les théories scientifiques, mais décourageantes des dégénérescences héréditaires fatales paraissent perdre de leur rigueur ou du moins reprendre leur rang au chapitre physiologie pathologique, quand on entrevoit, vaguement encore, le moyen de sauver des chutes sans remède, sinon toujours, l'être isolé, mais tout au moins l'espèce, lorsque, surtout, en regard de la thèse de l'irresponsabilité individuelle se dresse le grave problème de la responsabilité sociale, ne faut-il pas utiliser tous les moyens de dégager cette responsabilité, si infimes qu'ils nous paraissent? Pour ceux que toucheraient peu les considérations sentimentales ou philosophiques, pour ceux qui pensent que l'argent est la *capitalis* et même l'*ultima ratio* des choses nous réservons un argument qui les convaincra peut-être.

Depuis plusieurs années et dans maintes circonstances, à la Société d'économie politique, au Congrès des médecins aliénistes de Lyon, dans la presse médicale, M. le professeur Pierret a constamment et énergiquement plaidé la cause de l'internement précoce des aliénés, mesure la meilleure pour obtenir des guérisons rapides et prévenir les séjours interminables dans les asiles, d'aliénés dont l'incurabilité, suite trop fréquente d'un internement tardif, constitue une lourde charge pécuniaire pour les départements. Cette persévérance a porté ses fruits; M. Pierret a eu la satisfaction de voir les internements se faire plus faciles et plus rapides et s'élever par suite son coefficient de curabilité.

Mais il ne suffit pas de guérir plus vite et mieux les malades; il faut encore, autant que possible, leur éviter les rechutes. Or qui donc y est plus fatalement voué que l'aliéné qui rentre guéri, mais désarmé, dans la vie commune? La mesure que nous proposons, en lui réservant quelques armes défensives est un des moyens de le protéger; le département qui l'appliquerait, n'évitât-il avec son aide qu'une seule rechute par an, regagnerait largement les quelques frais dépensés dans ce but et il ferait ainsi une de ces charités bien ordonnées qui commencent par soi-même.

Nous n'avons pas la prétention d'inventer quelque chose de nouveau. Depuis longtemps le système fonctionne dans le département de la Seine. M. le Dr Bourneville, dont il faut prononcer le nom toutes les fois qu'il s'agit d'assistance et que nous prions d'agréer ici nos vifs remerciements, a bien voulu

s'intéresser à notre communication et nous donner les renseignements que voici sur la manière dont la Seine procède au sauvetage du mobilier de ses aliénés.

Tous les mobiliers des aliénés internés dans les asiles de la Seine sont déposés, lors de leur enlèvement au *garde-meuble* de l'Asile clinique. Voici comment on procède relativement à ces enlèvements : tout aliéné entrant dans les asiles de la Seine donne lieu aussitôt à une enquête. Si de cette enquête il résulte que le malade possède un mobilier qu'il y a lieu de sauvegarder, le service des aliénés demande au médecin traitant un certificat de situation en vue de l'*enlèvement de ce mobilier*. Si du certificat délivré il ressort que le malade est susceptible d'une prochaine guérison, le mobilier est conservé dans le logement à moins toutefois que le propriétaire ou le malade lui-même n'ait donné congé. Si, au contraire, le médecin déclare que la maladie sera longue ou qu'elle sera incurable, il est procédé par les agents de l'administration à l'enlèvement. On évite ainsi aux intéressés le paiement de termes ultérieurs. Les mobiliers enlevés dans ces conditions sont déposés au garde-meuble de l'Asile clinique. Pour le transport de ces mobiliers l'administration a passé par voie d'adjudication un contrat avec un entrepreneur de déménagements. Aucun mobilier n'est enlevé sans que le commissaire de police ou son représentant n'assiste l'employé du service et n'ait dressé au préalable un inventaire détaillé.

Au bout d'environ un an, si le malade n'est pas guéri, un nouveau certificat de situation, *pour vente de mobilier*, est alors demandé au médecin traitant. Le médecin est prié dans cette demande, de faire connaître s'il considère le malade comme *incurable* ou s'il existe encore un espoir de guérison. Si le médecin déclare qu'il y a incurabilité ou que la guérison sera très longue, le service des aliénés fait procéder à la vente, après toutefois avoir obtenu une ordonnance conforme du président du tribunal civil de la Seine. Cette vente a lieu à l'asile clinique par les soins d'un commissaire-priseur. Si le certificat est *douteux* ou conclut à la guérison, il est sursis à la vente. Le mobilier est rendu à son propriétaire lorsque celui-ci sort guéri et que le propriétaire a été désintéressé des termes qui lui restaient dus.

Voilà donc ce qui se fait dans la Seine. Peut-être ailleurs a-t-on pensé aussi à ce mode d'assistance. *Nous accueillerons*

avec une vive reconnaissance toutes les indications qu'on voudrait bien nous donner à ce sujet et qui nous permettraient d'arriver au meilleur procédé pratique. Notre but c'est de généraliser une excellente mesure. Faire accepter des pouvoirs publics le principe de la sauvegarde du mobilier des aliénés pauvres et incurables, en obtenir si possible des moyens d'exécution, tel est notre désir aujourd'hui, désir pour lequel nous vous demandons vos bienveillants conseils et l'appui de votre haute autorité. Toute humble que soit notre œuvre, ne nous opposez pas l'axiome : *de minimis non curat prætor;* en économie sociale, pas plus qu'en mathématiques, les minima ne sont jamais des quantités négligeables [1].

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE.

L. Ostéo-porose de la voute cranienne ; par Gorges Wherry.

Observation d'un vieillard avec arthrites déformantes des membres inférieurs et ostéophytes du genou, dont la boîte crânienne atteignit une épaisseur telle que la circonférence crânienne augmenta de trois quarts de pouce, sans lésions cérébrales ni mentales appréciables. (*British Med. Journ.*, 2 juin 1894.) A. Marie.

LI. Vertige auriculaire ; par MM. Stephen-Mackensie, William-Dalby et Olivier Withers. (*British. Med. Journ.*, mai 5 et 12, et 2 juin 1894.)

La cause la plus fréquente relevée est l'irritation des rameaux nerveux terminaux du vestibule par lesquels l'excitation réflexe est transmise aux centres cérébelleux coordinateurs de l'équilibre, et aux centres perceptifs de la circonvolution temporo-sphénoïdale d'où les vertiges et tintorius. Le traitement préconisé pour l'attaque consista en bromure de lithium, colchique et salicylate de soude

[1] A la suite de cette communication, le Congrès a émis le vœu que des mesures soient prises dans tous les asiles pour sauvegarder le mobilier et les instruments de travail des aliénés pauvres et curables et pour les restituer à ces malades après guérison.

avec purgatifs (calomel). Dans l'intervalle des attaques paroxystiques la quinine et la pilocarpine. A. MARIE.

LII. CONTRIBUTION A LA CLINIQUE DE LA SYRINGOMYÉLIE; par H. SCHLESINGER. (*Neurolog. Centralbl.*, 1893.)

L'auteur étudie plus particulièrement les paralysies des muscles des yeux, les lésions laryngées, les altérations du sens de la pression.

Les paralysies des muscles des yeux revêtent, dit-il, une allure semblable à celles qu'elles ont dans le tabes, sans compter qu'elles se compliquent parfois aussi passagèrement de paralysies d'autres nerfs craniens (Schultze).

Le larynx est assez souvent atteint, mais ses altérations passent inaperçues parce que généralement elles ne donnent lieu à aucun symptôme. A l'aide de 17 observations, M. Schlesinger décrit le chatouillement et la paresthésie laryngés, la diminution des réflexes, de la sensation de contact, de la sensibilité douloureuse de cet organe qui ne perçoit plus le froid et le chaud, les troubles de la phonation, et, plus rarement, de la respiration; la paralysie plus ou moins complète de l'aryténoïdien postérieur; la paralysie unilatérale complète du récurrent. Ce sont là des accidents lents et insidieux dus à l'ascension du processus gliomateux dans la région du récurrent.

Le sens de la pression est surtout dissocié; il y a disparition de la sensation de la pression exercée sur la peau seule, alors que le sens du tact est parfaitement conservé et que la pression profonde exercée comme d'ordinaire subsiste. P. K.

LIII. DE LA SENSIBILITÉ COLORÉE; par le Dr LE DANTEC. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 28.)

M. Le Dantec expose ses recherches sur un phénomène qu'il a découvert chez les hystériques anesthésiques : la *sensibilité colorée*. La couleur du spectre varie non seulement suivant le genre d'excitation, mais encore suivant les individus. Ainsi, le pincement de la peau, rouge pour beaucoup de sujets, est vert pour d'autres. Le spectre sera d'autant plus coloré que l'excitation sera plus forte. Il est, en général, plus intense dans l'œil correspondant au côté excité; de sorte qu'une malade anesthésique peut dire, les yeux fermés, de quel côté porte l'excitation. Le signe de la sensibilité ou signe du spectre est caractéristique d'une anesthésie essentielle, *sine materia*, comme cela a lieu dans l'hystérie anesthésique. La constatation de ce signe permettra de poser un diagnostic précis entre une lésion organique et une lésion essentielle. Certains phénomènes pathologiques, comme les auras sensorielles de l'épilepsie partielle (visions colorées, phosphènes), comme la vision colorée scintillante de la migraine ophtalmique, rentrent probablement

dans la catégorie des phénomènes de la sensibilité colorée. Le phénomène du spectre peut s'expliquer par la transmission de l'excitation périphérique au centre de la sensibilité générale d'abord, puis par irradiation au centre de la vision qui doit être dans le voisinage. Il sera curieux d'étudier ce phénomène dans la surdité hystérique, car l'audition colorée n'est qu'un chapitre de la sensibilité colorée. E. R.

LIV. Note sur un nouveau procédé de résection temporaire du crane. Craniectomie bilinéaire avec travée autoplastique intermédiaire; par le Dr A. Chipault.

Les procédés autoplastiques, c'est-à-dire à l'aide de pièces ayant conservé une connexion vasculaire avec les environs de la perte de substance, sont les seuls auxquels on puisse avoir recours avec sécurité pour la réparation des pertes de substance cranienne.

Le procédé indiqué par l'auteur a l'avantage, après le rabattement du lambeau ostéo-périostéo-cutané, de conserver, à droite et à gauche de ce lambeau, deux orifices craniens longitudinaux permettant la décompression persistante du cerveau sans qu'on ait à craindre les hernies ou les autres accidents des larges ouvertures craniennes. (*Revue neurologique*, 1893.) E. B.

LV. Coincidence du tabes et de la maladie de Basedow. Autopsie; par les Drs P. Marie et Marinesco.

Il n'est pas extrêmement rare de voir coïncider chez un même individu la maladie de Basedow et le tabes.

L'intérêt du cas présenté par MM. P. Marie et Marinesco réside dans les particularités présentées par l'autopsie. Le système du grand sympathique, les nerfs périphériques, les deux pneumogastriques du cou sont normaux. Les lésions de la moelle épinière, très nettement prononcées, appartiennent incontestablement au tabes incipiens.

Quant aux lésions bulbaires, sur lesquelles les auteurs appellent l'attention, elles consistent dans l'atrophie du faisceau solitaire et dans l'atrophie très prononcée de la racine ascendante du trijumeau. Quelle est la signification pathologique de ces lésions anatomiques? appartiennent-elles purement et simplement au tabes ou ont-elles quelques relations avec la maladie de Basedow.

Bien qu'on puisse conclure des divers cas observés que l'altération des faisceaux solitaires n'est pas la raison suffisante des phénomènes morbides, cependant on n'a pas le droit de refuser à celle-ci tout rôle dans le mécanisme de certains phénomènes de la maladie de Basedow, étant données les connexions anatomiques de ces faisceaux avec le pneumogastrique ou bien avec le sympathique : la théorie de l'origine bulbaire de la maladie de Basedow

est celle qui paraît actuellement s'appuyer sur les raisons les plus vraisemblables et dans l'examen du bulbe, lors des autopsies de cette affection, on devra apporter un soin tout particulier à constater l'état du faisceau solitaire, du corps restiforme et des noyaux du pneumogastrique. (*Revue neurologique*, 1893.) E. BLIN.

LVI. ARCHIVES CLINIQUES. (*British medical journal*, janvier, n° 1726.)

Nous relevons parmi les observations, un cas de crétinisme sporadique de vingt-quatre ans semblable à celui du Dr Bramwell précité (Dr Coutto); un cas de maladie de Raynaud chez un enfant de dix-neuf mois (Dr Deck) et un cas de crampe professionnelle chez un tailleur de pierres (Dr Hamburry). A. MARIE.

LVII. PARALYSIE DU GRAND DENTELÉ AVEC ATROPHIE DES MUSCLES DE L'ÉPAULE. — DEUX CAS DE DÉFORMATION CRANIENNE CHEZ L'ENFANT; par les Drs MOORHOUSE et WHEATON. (*British medical journal*, janvier 1894, n° 1725.)

Dans les nos 1725 et 1726 suivant, observation de *paralysie du grand dentelé avec atrophie des muscles de l'épaule*. Guérison par massage, injections de strychnine et électrisation par courants interrompus (Dr Moorhouse).

Deux cas de déformation crânienne chez l'enfant (Dr Wheaton), aplatissement dans le diamètre antéro-postérieur; syndactilie hérédo-syphilis probable. A. MARIE.

LVIII. RAIDEUR ET INCURVATION DE LA COLONNE VERTÉBRALE CONSIDÉRÉES COMME MODALITÉ MORBIDE SPÉCIALE; par W. DE BECHEREW. (*Neurologisches Centralbl.*, 1894.)

A l'aide de cinq observations, l'auteur essaie de constituer le complexus clinique caractérisé par les phénomènes suivants :

1° Immobilité plus ou moins grande, ou mobilité insuffisante de tout ou partie de la colonne vertébrale, non douloureuse à la percussion ni à la flexion; 2° convexité postérieure des arcs vertébraux, surtout dans la région thoracique supérieure, la tête du malade étant dirigée en avant et affaissée; 3° parésie des muscles du corps, du cou, des extrémités, avec légère atrophie des muscles du dos et du scapulum; 4° diminution de la sensibilité, surtout dans la région où se divisent les rameaux cutanés des nerfs dorsaux et cervicaux inférieurs, et parfois aussi des nerfs lombaires; 5° paresthésie des mêmes branches, avec hyperesthésie douloureuse locale des régions dorsales et cervicales, des extrémités, et le long de la colonne vertébrale, surtout quand le malade demeure longtemps assis. Quelquefois, par moments, phénomènes d'excitation des nerfs moteurs, tels que : crampes dans les pieds et les mains, pré-

cédés de sensations de chatouillement dans le coude et le genou ou contractures des extrémités supérieures et inférieures.

Etiologie. — Tare héréditaire et lésions traumatiques du dos.

Pathogénie. — La maladie débute par de la lourdeur céphalique, de l'impossibilité de tenir le corps droit; dès lors, la colonne se courbe en avant. De très bonne heure apparaissent des phénomènes d'excitation des nerfs cervicaux et dorsaux qui, progressivement, entraînent de la parésie avec atrophie légère des muscles correspondants. Simultanément se produisent la raideur et l'immobilité de la colonne. Par conséquent, le même processus pathologique affecte, en même temps, les parties de la colonne qui concourent à sa mobilité et les racines dorso-cervicales. Par suite, il est probable qu'il y a *inflammation chronique diffuse du tissu conjonctif épidurémérien* ou *spondylite déformante* qui, faisant adhérer les vertèbres, comprime les racines. Ainsi se produisent l'immobilité et la raideur vertébrales, l'irritation des racines, la parésie des muscles dorso-cervicaux, leur atrophie et, parfois également, la parésie des extrémités supérieures. Avec le temps, par compression, se produisent des lésions de la moelle (Obs. III).

Evolution lente, mais progressive. La terminaison ultérieure probable sera la parésie, la paralysie, et même parfois la contracture (Obs. III et V).

Thérapeutique. — Thermocautère Paquelin contre les sensations douloureuses subjectives et peut-être la suspension. P. Keraval.

LIX. Perte de la sensation de fatigue chez un tabétique; par Frenkel. (*Neurolog. Centralbl.*, 1893.)

Il s'agit d'un homme de trente-huit ans qui peut tenir les bras horizontalement tendus pendant vingt-cinq minutes sans inconvénient, les yeux ouverts; quand les yeux sont fermés, le bras gauche seul s'abaisse lentement. Il n'accuse pendant cette opération qu'une légère sensibilité dans le bras droit; cette sensation disparaît bientôt, puis revient, mais sans le gêner. Pas de fatigue. Il pourrait continuer plus longtemps, et est capable de recommencer l'exercice plusieurs fois par jour.

Rien de semblable pour les extrémités inférieures; ici l'exagération et la persistance de la motilité produisent une très vive excitation recto-vésicale; il ne peut, à cause de cela, marcher plus d'une demi-heure.

Ce n'est pas au trouble de la sensibilité qu'il faut attribuer ce tour de force, l'examen du malade le prouve, comme aussi l'étude d'un autre tabétique, qui ne peut pas plus exécuter cette manœuvre qu'un homme sain.

Il doit y avoir diminution de cette sensibilité douloureuse du

muscle qui se montre normalement à la suite de la fatigue, pour une raison anatomique à chercher. P. K.

LX. NEURASTHÉNIE ET SYPHILIS; par KOWALEWSKY. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, NF. IV, 1893.)

Deux premiers grands groupes de *neurasthénie syphilitique* s'imposent : 1° Neurasthénie due à la syphilis des parents, *neurasthénie syphilitique héréditaire;* — 2° Neurasthénie due à la syphilis acquise, *neurasthénie syphilitique acquise;* — La neurasthénie syphilitique se décompose à son tour en deux espèces : 1° Celle qui est due à l'influence débilitante du traitement *mercuriel;* — 2° Celle qui est due à la dépression morale du sypilitique craintif, à la *syphilidophobie.*

Enfin une cinquième classe se compose des neurasthénies congénitales ou acquises ordinaires qui se compliquent de syphilis, sans que celle-ci ait rien à voir avec la neurasthénie.

Six observations à l'appui.

La neurasthénie syphilitique *héréditaire* demande l'ingestion permanente des altérants et des toniques. La neurasthénie syphilitique *acquise* exige les antisyphilitiques sans perdre de vue les toniques. La neurasthénie syphilitique *mercurielle* nécessite la suppression des antisyphilitiques que l'on remplace par des toniques. La neurasthénie syphilitique des *syphiliophobes* nécessite un traitement psychique, et tonique de concert avec le traitement antisyphilitique. Le cinquième groupe est justiciable de l'association intelligente des deux traitements tonique et syphilitique. P. K.

LXI. DU SCOTOME SINTILLANT; par MANZ. (*Neurolog. Centralbl.*, 1893.)

Il s'agit de la teichopsie ou scotome absolu ou relatif qui commence près du point de fixation et s'étend de là dans telle ou telle direction sous forme d'un voile plus ou moins épais, limité en dehors par un zigzag en flammes d'or, et disparaît, après avoir atteint les limites du champ visuel en dehors, en haut, en bas, laissant après lui un nuage qui disparaît à son tour.

Cette maladie dont est atteint l'auteur, il a pu en interrompre à son gré les accès en comprimant l'œil atteint; modifiant par cette manœuvre la forme de l'arc, et des flammes scintillantes du scotome, les segmentant, les réduisant en macules lumineuses informes qui se rapetissent et finalement s'en vont. Ce qui prouverait qu'ici le scotome était périphérique, théorie qui n'a rien d'excessif puisqu'il s'agissait surtout du scotome scintillant ayant l'éblouissement pour cause occasionnelle. P. K.

LXII. CONTRACTURE RÉFLEXE DE LA LANGUE, DES LÈVRES ET DU PHARYNX OCCASIONNÉE PAR LA PERMANENCE D'UN CORPS ÉTRANGER DANS LE

NERF OCCIPITAL D'ARNOLD; par G. GALLERANI ET G. PACINOTTI. (*Neurol. Centralbl.*, 1893.)

Fragment de porcelaine enkysté au point d'émergence du nerf occipital dans la région où il s'anastomose avec les autres filets cervicaux (tissu fibreux ayant altéré les fibres nerveuses); contracture des muscles de la nuque à gauche (tête étendue et tournée à gauche); alalie, anarthrie, contracture des lèvres, trismus, troubles de la déglutition et de la mastication; impossibilité de chanter à voix haute. Bien que l'accident date de douze ans, il n'y a ni atrophie de la langue, ni des lèvres, ni de la face, ni altération des muscles du voile du palais, du pharynx ou du larynx. L'ablation au bistouri de la cicatrice et du corps du délit supprime les accidents; guérison graduelle complète. P. K.

LXIII. UN CAS D'HÉMIPLÉGIE DIPHTÉRITIQUE; par J. DONATH. (*Neurol. Centralbl.*, 1893.)

Observation de paralysie diphtéritique chez un jeune garçon de huit ans, causée par une hémorrhagie cérébrale; hémiplégie droite avec contracture persistant encore après cinq mois d'existence. P. K.

LXIV. CONTRIBUTION A LA LOCALISATION DES RÉFLEXES CUTANÉS SPINAUX DES EXTRÉMITÉS INFÉRIEURES; par E. REMAK. (*Neurol. Centralbl.*, 1893.)

A propos d'un enfant de quatre ans atteint de myélite dorsale transverse au niveau de la septième dorsale (paralysie complète des muscles abdominaux), l'auteur essaie de formuler une loi relative à la *localisation périphérique des zones réflexes.*

Il dit en substance qu'une zone limitée en haut par le pli inguinal, en dedans par le droit interne, en bas par le milieu de la cuisse, soumise à l'excitation que détermine la rayure d'une tête d'épingle ou d'un verre froid, provoque la flexion plantaire des trois premiers orteils; puis le pied s'étend par contraction du jambier postérieur et du tendon d'Achille; si alors on effleure le bord médian du droit interne, on voit la jambe s'étendre par contraction du triceps crural.

Ce réflexe fémoral n'a lieu que sous l'influence d'excitants faibles et les extrémités inférieures étant au repos. Il ne se produit pas quand on a préalablement excité la plante du pied ou le côté interne de la jambe, c'est-à-dire quand on provoque le réflexe plantaire maximum par intervention du psoas. Mais, inversement, quand après avoir effleuré la zone fémorale en question, on excite subsidiairement la plante du pied ou le côté interne de la jambe on obtient d'abord le mouvement d'extension puis le mouvement de flexion coordonnés de la jambe.

La régularité avec laquelle les zones excitées provoquent les divers mouvements réflexes prouve qu'il y a des carrefours réflexes qui servent de moteurs, et que par leur intermédiaire, l'excitation de certains départements cutanés produit toujours les mêmes réflexes locaux. Ces phénomènes ne sont pas dus simplement dans l'espèce à l'hyperexcitabilité réflexe pathologique de la moelle lombaire. P. K.

LXV. Des formes de diplégie cérébrale héréditaire; par S. Freud. (*Neurolog. Centralbl.*, 1893).

L'auteur essaye de mettre de l'ordre dans le chaos des névropathies du système moteur de l'enfance. La diplégie cérébrale est constituée, suivant lui, par : 1° l'atrophie des nerfs optiques avec nystagmus horizontal et strabisme convergent à la fixation ; 2° la bradylalie, une monotonie de la voix ; 3° les troubles spasmodiques des mouvements des extrémités.

Il y en a quatre formes cliniques : 1° raideur généralisée (paralysie spinale spasmodique congénitale); 2° raideur paraplégique (paralysie spasmodique spinale de l'enfance); 3° hémiplégie bilatérale ; 4° chorée congénitale et hémiathétose. Ce sont là des affections cérébrales ; on y peut joindre les complexus moteurs sans débilité mentale et la paralysie avec idiotie.

Deux observations personnelles et six observations empruntées à la bibliographie (Pelizœns; Sachs; Schultze; de Krafft-Ebing; Massalongo; Unverricht). P. K.

LXVI. Hémichorée sénile; par E. Remak. (*Neurol. Centralbl.*, 1893.)

Femme de soixante ans. Hémichorée qui se distingue des chorées ordinaires de l'enfance, du jeune âge et des femmes grosses par ceci, que les mouvements choréiques ne sont ni occasionnés ni accrus par les mouvements intentionnels; bien loin de là, ils cessent à l'occasion de ces derniers. Ce n'est pas une chorée progressive, car il n'y a ni démence, ni altérations psychiques, car la tête et le visage n'y participent pas; il y a monotonie rythmique. Ce n'est pas une chorée hystérique, la malade étant à la ménopause et n'ayant eu antérieurement ni n'ayant actuellement de symptômes hystériques. Ce n'est pas non plus une chorée progressive; de plus il y a sensibilité à la pression du sciatique et du plexus susclaviculaire qui est le restant de douleurs nerveuses antérieures. Action favorable de la galvanisation. P. K.

LXVII. Les troubles unilatéraux de la vision centrale et leurs rapports avec l'hystérie; par M. Knies. (*Neurolog. Centralbl.*, 1893.)

Cette monographie établit que les troubles de la vision d'origine

hystérique sont, pour la plupart, unilatéraux et que, ce qui les distingue des autres troubles visuels centraux, c'est qu'ils ne sont pas hémianopsiques. Ils ont pour caractères :

1° La diminution de l'acuité à tous les degrés; rareté de la cécité complète;

2° Peu de modifications de la réaction pupillaire, qui peut subsister malgré la cécité complète;

3° Le rétrécissement concentrique du champ visuel, à tous les degrés, qui ne correspond pas toujours au degré du trouble de la vue ;

4° La dyschromatopsie typique, qui rappelle le mode de perception des couleurs de l'œil normal par la périphérie de la rétine et par la *fovea centralis* lorsqu'on diminue l'éclairage. Comparable à celle de l'amblyopie toxique, elle résulte d'un défaut de conductibilité. Au périmètre, il y a diminution du champ visuel pour le rouge et le vert; moindre pour le jaune et le bleu. Elle n'est pas toujours en rapport avec le degré du rétrécissement concentrique et de la diminution de l'acuité centrale.

L'origine en est cérébrale. Ils apparaissent de concert avec d'autres symptômes hystériques, notamment avec des troubles de la sensibilité de la cornée, de la conjonctive, de la peau de la face, évidemment centraux. On peut les suggérer; aussi rapides dans leur apparition que dans leur disparition, ils disparaissent par l'application des lames métalliques, suivent les phases de l'attention, s'évanouissent par la contemplation d'un verre plan, ne gênent pas l'orientation du sujet. Le fond de l'œil reste normal.

Evidemment ils émanent d'un trouble de l'innervation des vaisseaux du cerveau. Tout indique d'ailleurs que l'hystérie est elle-même due à cette pathogénie (innervation des vaso-moteurs cérébraux et peut-être spinaux) et que la prédisposition immanente pourrait bien provenir d'une pauvreté congénitale en fibres nerveuses à myéline (arrêt de développement histologique). On concevrait parfaitement que les lacunes de l'innervation vasculaire, ainsi produites, engendrent des troubles dans la conductibilité des nerfs qui passent par les conduits osseux de la base. Ainsi s'expliqueraient encore les conditions du sommeil naturel et artificiel de l'hypnose, de la suggestion. (Voyez *Beziehungen des Sehorganes u. seiner Erkrankungen zu den übrigen Krankheiten des Kœrpers u. seiner Organe*, Wesbaden, 1893.) P. Kéraval

---

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

XVIII. Recherches sur le crétinisme; par Wagner. (*Jahrbüch. f. Psychiat.*, XII, 1 et 2.)

En treize tableaux, l'auteur essaye d'établir le nombre des crétins, des sourds-muets et des aliénés en Cisleithanie, en Styrie, à Salzbourg, en Carinthie, de 1873 à 1890; il montre les lacunes des indications officielles qu'il a pu colliger, et conclut ainsi, pour arriver à dresser une statistique exacte :

1° Conformément à l'arrêté du *statthalter*, du 9 septembre 1874, il faut, dans les communes, tenir un registre des crétins, aliénés et sourds-muets, dont on puisse dresser et suivre l'état civil et médical, de façon à assurer un diagnostic précis; 2° ces registres seront contrôlés et soumis à l'examen annuel des médecins de district chargés de la statistique; 3° ces registres contiendront, outre les renseignements nécessaires aux statisticiens, la date de la naissance, le nom, l'habitation précise, la date et le motif du départ. En cas d'émigration, la fiche de l'individu le suivra dans le nouveau lieu de séjour; 4° à cette statistique concourra l'instituteur, qui fournira des notes précises au point de vue intellectuel et moral. Et c'est ainsi qu'en vingt ou trente ans — et non en un an ou deux — on obtiendra un étiquetage soigné et justifié; 5° pour les sourds-muets, on indiquera s'il y a surdi-mutité avec ou sans débilité intellectuelle, afin de ne pas, au hasard, englober dans les sourds-muets crétins et idiots; 6° pour l'exactitude des diagnostics, surtout en ce qui a trait aux crétins, l'intervention des spécialistes est indispensable. Inspections *ad hoc* des médecins de districts stylés à cet égard; 7° pour tous les troubles intellectuels acquis, les magistrats devront envoyer aux communes les copies des actes d'interdiction ou de tutelle, afin qu'on les fasse figurer sur les livres en question.

De cette façon, on aura une statistique complète et utilisable des vices intellectuels, indispensable au double point de vue scientifique et médico-légal. On suivra de la sorte la marche des maladies et les migrations des malades : on saura où les trouver quand on voudra surveiller l'assistance privée.

P. Keraval.

XIX. Contribution a la méthodologie d'une anthropologie criminelle scientifique; par Nœcke. (*Centralbl. f. Nervenheilk.* N. F. IV, 1893.)

Il n'y a pas de *criminel inné*, pas de type criminel. Le criminel est un type de dégénéré. L'anthropologie criminelle est donc celle de la dégénérescence. C'est celle-ci qui transforme des individus qui, sans cela, seraient normaux, en aliénés, idiots, épileptiques et criminels. Le crime en soi, c'est un accident social. Le criminel est, de par sa prédisposition individuelle universellement reconnue, surtout le produit des conditions extérieures du milieu, ce milieu entrant lui-même en ligne de compte pour expliquer le facteur individuel. P. K.

XX. Observation d'obnubilation post-épileptique chez un enfant; par Nagy. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, N. F. IV, 1893.)

Enfant de quatre ans, héréditaire (père macrocéphale, oncle épileptique). Il y a dix-huit mois, convulsions épileptiformes. Depuis cette époque crâne volumineux, sommeil lourd, absences. Peu accessible aux sollicitations du monde extérieur, ayant perdu partie de sa spontanéité, il n'a guère d'affectivité, etc. Echolalie. Il n'assimile plus (sorte de surdité corticale), ne fixe guère, éprouve de la difficulté à se servir des objets, ne sait plus raconter ce qu'il savait en regardant ses images (assonance incohérente), n'a plus peur du danger, est indifférent aux émotions. Actes peu pondérés (disparition des sensations réflexes communes) semble vivre en rêve quoique éveillé. P. K.

XXI. Troubles mentaux dans la syphilis; par P. Kowalewsky. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, L. 1 et 2.)

Il y a des *psychoses syphilitiques* chroniques qui durent très longtemps et présentent une grande tendance à la démence à la fois primitive (de par l'affaiblissement cérébral préalable) et secondaire (de par la psychose même). Ce sont : l'hypochondrie, la mélancolie, la manie, la démence primitive et consécutive, la paralysie générale, la folie systématique (plus rare), la démence aiguë (amentia), l'idiotie (par syphilis héréditaire). Observations.

Etiologie syphilitique de la paralysie générale. — *A.* Ou bien la syphilis n'y est qu'une complication accidentelle. *B.* Ou la syphilis participe activement à la genèse de la paralysie générale.

Pseudo-paralysie générale syphilitique. — Elle se diagnostique d'après les traces de la syphilis antérieure, par les aveux du malade, par la découverte de l'évolution antérieure de la syphilis. C'est une paralysie générale atypique.

Enfin l'auteur établit l'existence de la syphilis héréditaire du système nerveux et de la syphilis nerveuse maligne précoce.

P. K.

XXII. De la réaction des pupilles et de quelques autres phénomènes qui surviennent dans la paralysie générale, dans leurs rapports avec la question de la syphilis; par Œbeke. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, L. 1 et 2.)

Sur 100 paralytiques généraux, 47 n'avaient pas eu la syphilis antérieurement, 43 seulement ont été examinés. Sur ces 43, 9 avaient des pupilles égales, 34 présentaient de l'anisocorie (12 avaient la pupille droite plus grande, 22 la pupille gauche).

Sur 93 paralytiques il y avait :

15 p. 100 de réactions bilatérales des pupilles, dont 10 p. 100 syphil.
16 — d'immobilité pupill. bilatér. compl. — 10 — —
20 — immobilité pupillaire unilatérale — 7 — —

Chez les 50 syphilitiques on constatait :

20 p. 100 de réaction bilatérale des pupilles, complète.
20 — — — plus ou moins complète.
14 — d'immobilité pupillaire unilatérale.
36 — de parésie des fibres pupillaires d'un seul nerf.

Chez les 43 paralytiques généraux non syphilitiques, les mêmes groupes se traduisent par les chiffres respectifs de 9, 11, 28, 32 p. 100.

Etude des paralysies des nerfs oculo-moteurs.

Chez les 47 paral. génér. non syphilit., blépharoptose unilatér. 2
— 50 — syphilitiques, — 14

Les modalités psychopathiques se répartissent de la manière suivante.

Sur les 93 malades il y avait :

30 exaltés sans syphilis, dont 24, c.-à-d. 80 p. 100 av. inégal. pupill.
25 — avec syphilis, — 15, — 60 — —
Pas d'inégalité pupillaire chez les mélancoliques non syphilitiques.
4 inégalités pupillaires chez les mélancoliques syphilitiques.
Chez 12 déments non syphilitiques, 10 inégalités pupillaires.
— 19 — syphilitiques, 14 —
Chez 43 paralyt. génér. non syphilit., 24 inég. pupill. = 77 p. 100.
— 50 — syphilitiques, 30 — = 60 —

Etude des attaques congestives, de la température, des rémissions, etc.

Conclusions. — La conservation de la réaction pupillaire et l'im-

mobilité pupillaire bilatérale, sont, comparées aux troubles unilatéraux, plus fréquentes chez les syphilitiques. Chez ces malades aussi prédominent les troubles des muscles des yeux; quant aux formes morbides, ces derniers sont plus souvent mélancoliques et déments. Chez eux aussi, durée plus longue de la maladie, rareté plus grande des attaques congestives, explosion plus précoce de la maladie. Leur maladie est due non seulement à l'infection syphilitique, mais aussi à l'hérédité, aux fatigues, aux excès sexuels, tandis que chez les paralytiques généraux non syphilitiques, le rôle principal est dû au surmenage psychique et aux émotions morales.

P. K.

XXIII. Communication statistique et casuistique relative a la connaissance de la paralysie progressive; par E. Kundt. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, L. 1 et 2.)

De 1869 à 1890 inclus, il a été admis pour la première fois :

1,090	hommes, dont	193	paralytiques généraux	= 17,7	p. 100.
754	femmes, —	44	— générales	= 6	—
1,844		237			

Professions :

Sur 45 malades reçus pour la première fois, sans profession, il y avait : 1 paralytique général, = 2 p. 100.
— 465 malades reçus pour la première fois, cultivateurs, il y avait : 73 paralytiques généraux, = 15,7 p. 100.
— 400 malades reçus pour la première fois, ouvriers, artisans et industriels, il y avait : 75 paralytiques généraux, = 19 p. 100.
— 65 malades reçus pour la première fois, journaliers et professions subalternes ayant une certaine responsabilité (machinistes, mécaniciens, chemins de fer), il y avait : 15 paralytiques généraux, = 23 p. 100.
— 50 malades reçus pour la première fois, individus ayant une profession supérieure (ingénieurs, acteurs, photographes, etc.), il y avait : 11 paralytiques généraux, = 22 p. 100.
— 53 malades reçus pour la première fois, individus d'une instruction hors ligne (médecins, pharmaciens, etc.), il y avait : 6 paralytiques généraux, = 11 p. 100.
— 13 malades reçus pour la première fois, soldats, il avait : 8 paralytiques généraux, = 61,5 p. 100.
— 5 malades reçus pour la première fois, officiers, il y avait : 3 paralytiques généraux, = 60 p. 100.

Moyenne de l'âge, trente à quarante-cinq ans.
Hérédité : chez l'homme 30 p. 100, chez la femme 50 p. 100.
Syphilis antérieure 16 hommes, 3 femmes (syphilis très rare).
— probable 8 — 2 — —

Forme de la maladie :

	H.	F.
Paralysie générale typique	79	16
— maniaque	13	4
— démentielle	14	7
— lypémano-hypochondriaque	16	3
— circulaire	4	»
— ascendante	2	»
Hallucinations et attaques congestives	27	10
Attaques congestives	96	24

Sur 189 autopsies on a constaté les causes de mort suivantes :

	SUR 153 HOMMES	SUR 36 FEMMES
Marasme	76	19
Tuberculose pulmonaire et intestinale	13	6
Attaques congestives	43	5
Pneumonie et pleurésie	8	2

Observations. P. K.

XXIV. Rapport sur un cas de délire systématique primitif (délire des persécutions); par Th. Sœlan. (*Allg. Zeitsch f. Psychiat.*, L. 1 et 2.)

Tentative de meurtre. Irresponsabilité. Transféré dans un asile d'aliénés. P. K.

XXV. La folie hystérique; par E.-E. Moravcsik. (*Allg. Zeistch. f. Psychiat.*, L. 1 et 2.)

Esquisse de la folie hystérique.

L'hystérie, dit l'auteur, est assez souvent la conséquence de l'action commune de la dégénérescence névropathique et des conditions sociales (ballottements, revers, déceptions). Il est rare qu'elle ne résulte pas d'affections somatiques débilitantes, d'affections sexuelles, d'excitations génésiques non satisfaites. Elle apparaît par action réflexe.

Dans la plupart des cas, et, en thèse générale, dans l'hystéro-épilepsie, on trouve des signes de dégénérescence générale. La tare héréditaire s'accuse par l'excès d'impressionnabilité, la mobilité de l'humeur, les terreurs nocturnes de l'enfance, les troubles menstruels, les antipathies et les sympathies immotivées, l'ovarialgie. Les signes de dégénérescence extérieurs sont : la forme du crâne des épileptiques, l'inclinaison en toit des deux pariétaux (78,5 p. 100 sur 125 hystériques), la disposition et la structure irrégulière des dents, leurs incisures, hachures et leur porosité, la petitesse et la malformation des pavillons de l'oreille, la transparence bleuâtre des sclérotiques, l'inégalité pupillaire (78,4 p. 100) avec mydriase

gauche (48 p. 100) surtout au moment des émotions, le tremblement des mains et de la langue.

Observation de 125 hystériques se décomposant en :

45 femmes hystériques.
76 — hystéro-épileptiques.
4 hommes hystéro-épileptiques.
125

Moyenne de l'âge, quinze à vingt-cinq ans. Prédominance des jeunes filles. Hérédité chez 96 femmes et 2 hommes. Suicide chez 33 femmes et 1 homme (= 34 cas, soit 27 p. 100). Criminalité (délits) de 19 femmes.

Forme mentale. — Psychopathie, surtout aiguë et passagère, soit par les accès de Charcot, soit par un délire transitoire, mélancolique ou maniaque, stupide, systématique ou pseudo-systématique, dans lequel les hallucinations jouent un rôle prédominant avec les obsessions. Il n'est pas rare d'y observer une demi-conscience ou l'intégrité relative de la connaissance, à raison de la suggestivité des malades, de la possibilité de détourner leur attention.

Parfois encore on a affaire à des symptômes de paralysie générale progressive dont le pronostic est favorable, ce qui n'empêche que l'hystérie ne puisse être indépendante et que la périencéphalite chronique progressive ne se développe chez des hystériques.

P. K.

XXVI. Contribution a la question de la paranoia; par Schüle. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, L. 1 et 2.)

Le type de ce délire systématique dont les synonymes sont en réalité *Wahnsinn* et *Verrücktheit*, c'est le *délire systématique de persécutions et de grandeurs* caractérisé par un délire fixe, dépressif ou expansif, coordonné, successif ou concomitant quant au texte du délire, et produisant des modifications de l'humeur en relation avec ce texte et des actes en rapport avec lui, tantôt avec, tantôt sans hallucinations sensorielles ou du moins ces hallucinations peuvent n'être qu'esquissées. *Chronique* s'il en fut, primitif et originel. Il ne est une autre forme également chronique mais *acquis*, dans lequel les hallucinatiens nombreuses, importantes, sont pour ainsi dire individualisées; marche lente et régressive. Enfin la troisième forme, semblable aux deux précédentes, est *secondaire;* surtout mélancolique, elle représente la phase ultime de la première et se distingue de celle-ci par le substratum de la faiblesse intellectuelle et l'importance extrême des hallucinations.

Dans ces trois groupes, en dehors des épisodes aigus intercalaires, la conscience n'est pas troublée, le jugement et la faculté de conclure sont exacts mais se déterminent d'après le délire dont ils dépen-

dent. La démence ne se produit que lorsque de nouvelles lésions cérébrales interviennent (sénilité, athérome).

Le *délire systématique aigu* a les caractères cliniques du délire chronique, mais c'est une paranoïa abrégée durant quelques mois, quelques semaines ou quelques années, à poussées souvent successives, qui prend naissance dans un cerveau préalablement atteint, et finit par aboutir à un accès incurable. Il en impose souvent pour une mélancolie ou une manie.

L'auteur examine alors l'épisode maniaque qui pour lui fait partie de la paranoïa aiguë et les hallucinations,

Le *délire systématique hallucinatoire aigu* est une folie aiguë à hallucinations dont la teneur et le groupement par rapport au moi persécuté ou grandi (expansif) impliquent la nature réelle du délire, c'est-à-dire de la perversion intellectuelle. Dans ce groupe il faut ranger la folie puerpérale, phtisique, infectieuse à idées de persécution ou de grandeurs. C'est un mélange polymorphe d'épisodes à évolution variable englobant plusieurs éléments morbides. Il y en a même une variété avec lucidité, notamment au moment de la menstruation, et une variété périodique abortive.

Il n'y faut pas faire rentrer la *confusion mentale* parce qu'ici l'incohérence domine la scène. Ce qui n'empêche cependant que la paranoïa, surtout à sa phase d'invasion brusque, ne puisse en imposer par l'exagération de l'activité mentale et des hallucinations pour une confusion mentale véritable. L'évolution juge le cas. La paranoïa hallucinatoire aiguë entre en convalescence par la décroissance des hallucinations et des illusions; la confusion mentale, au contraire, surtout dans sa forme maniaque, se juge par un affaiblissement des facultés intellectuelles.

Le mémoire se termine par une analyse délicate et peu démonstrative de la mélancolie et de la manie, dans leurs rapports avec la paranoïa — de la paranoïa mélancolique — de la paranoïa maniaque — des épisodes mélancoliques et maniaques de la paranoïa qui du reste s'enchevêtrent fréquemment comme le dit M. Schuele.

P. Keraval.

XXVII. Essai d'une nouvelle psychologie fondée sur les sciences naturelles; par E. Bleuler. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, L. 1 et 2.)

Un ensemble de fonctions physiques peut produire ou expliquer tous les phénomènes psychiques, y compris la conscience.

Toutes les activités organiques tendent non seulement à la perception, mais à la combinaison des détails dont elles forment un décor. Sans cet assemblage simultané, il n'y aurait que des éléments disparates, confus, emmagasinés sans ordre, non *aperçus*, non personnifiés ni personnalisés : Je ne me conçois pas seul, sans mes habitudes, sans les raisons et les conséquences de ces habitudes, sans

mes sensations et le décor qu'elles entraînent, décor synchrone à leurs impressions. Je ne me conçois fonctionnaire que par mon bureau et ses objets, mes relations avec le personnel inférieur, avec mes malades, avec l'autorité supérieure. Voilà l'ensemble fonctionnel synchrone qui aboutit à la construction intra-cérébrale de cette perception résultante aperçue.

Nous avons conscience d'un moi, mais non d'un moi échappant à un décor intra-cérébral. Ce que nous observons en nous, ce sont des processus intimes qui oscillent, des courants nerveux qui vont et viennent pour provoquer ce complexus : moi. Il y a perception personnelle de l'activité propre, intime, comme il y a perception de toute autre chose. Il n'y a aucune différence entre la perception interne et la perception externe, entre l'observation du monde et de sa propre personne. Les objets ne sont perçus que par leur décor; il y a, dans la perception de l'objet, mille perceptions distinctes associées (couleur, espèce, forme, temps). L'impulsion volontaire est perçue par le même motif, puisque la volonté est la résultante de l'innervation de plusieurs groupes musculaires dont nous avons appris à apprécier l'origine, la modalité, le but.

La mémoire est la propriété de la substance nerveuse d'être modifiée par l'excitant de telle sorte que celui-ci y laisse des traces dynamiques de son passage qui sont les images commémoratives. Le souvenir, c'est la conscience de la persistance des images commémoratives. La mémoire consciente, c'est l'association de ces images, qui reviennent et sont toujours actuelles, avec le complexus du moi. D'où le souvenir de la volonté. La pensée consciente est volontaire.

L'attention est la concentration de la volonté sur un processus déterminé et la revivification d'une foule de perceptions enregistrées malgré nous à tout instant.

La faculté de conclure résulte du rajeunissement des conceptions dans l'ordre où elles ont été enchaînées par la perception au moment de leurs relations avec l'extérieur. Le jugement provient aussi de la revivification de la sériation des associations d'idées et des perceptions.

Sensation de ce qui est agréable et désagréable, affectivité ou sensibilité morale, sont également la monnaie du décor des sensations, c'est-à-dire qu'elles représentent l'influence exercée sur le réflexe cérébro-psychique et sur la direction centrifuge par les perceptions aperçues. Suivant le décor et la nature de ce réflexe le mouvement consécutif à la sensation organique sera un mouvement de préhension, de rapprochement de l'objet ou du concept aperçus ou un mouvement de rejet des mêmes agents, car malgré vous ces agents provoquent des effets sur le cœur, la respiration, etc... Ces mouvements sont en rapport immédiat avec l'impression

centripète et la manière dont celle-ci trouble l'activité organique. C'est toujours un complexus d'association.

Le moi est donc bien l'effet du décor qui résulte de la synergie de toutes les fonctions du système nerveux et les propriétés du moi c'est l'habitude de ce décor. S'il est inséparable de la bête qui le sent en soi, il n'y a aucune raison d'en constituer une âme métaphysique associée à l'âme physiologique. P. KERAVAL.

XXVIII. DES CONDITIONS DE LA CONTAGION MENTALE MORBIDE ; par le Dr MARANDON DE MONTYEL.

Deux conditions sont essentielles pour la contagion mentale morbide : une prédisposition psychopathique et une impression vésanique.

La prédisposition psychopathique peut ne pas être héréditaire ; elle s'acquiert aussi et se rencontre presque toujours chez les débilités à la suite d'excès, de fatigues ou de misère.

La deuxième condition, l'impression morbide est tout aussi indispensable à la communication de la folie. M. Pronier a divisé les impressions vésaniques en deux groupes que M. Marandon de Montyel croit devoir conserver : d'une part se placent les manies et les lypémanies, c'est-à-dire les folies qui frappent vivement l'imagination, les folies impressionnantes qui forment un tableau saisissant, et profondément émotif pour les assistants ; de l'autre, se rangent les délires en apparence partiels, que rien ne trahit au premier abord et qui laissent à l'aliéné toute sa tranquillité et toutes ses facultés syllogistiques.

Pendant longtemps on a nié la possibilité de la contagion de la manie et de la lypémanie. On croyait toujours avec Delasiauve et Lunier que les faits de folie à deux n'appartenaient qu'au délire partiel systématisé, et c'est à Narre que revient le mérite d'avoir combattu cette erreur : la folie générale est d'autant plus contagieuse qu'elle est plus impressionnante. Une autre conclusion tirée des observations de M. Marandon de Montyel, c'est que la transmission se fait surtout avec les impressions tristes, celles qui appellent les larmes et remuent jusqu'au fond des entrailles.

Dans les folies systématisées, il y a, on le sait, deux espèces de conceptions délirantes très différentes ; les unes lypémaniaques, les autres mégalomaniaques.

Qu'il s'agisse de l'une ou de l'autre de ces deux variétés d'impressions, elles ont ce caractère commun de n'être parfois que partiellement communiquées, le contaminé opérant un choix parmi elles, selon ses dispositions particulières ; et il peut alors arriver, ainsi que l'a constaté M. Marandon de Montyel, que le sujet passif, se basant sur les phénomènes auxquels il ne participe pas, voit un aliéné dans son codélirant actif.

Après avoir bien nettement établi la nécessité de ces deux conditions : prédisposition vésanique et impression morbide directe pour la contagion de la folie, l'auteur recherche le temps de contagion, c'est-à-dire la durée que devra avoir l'impression pour engendrer l'aliénation chez un sujet sain. D'une manière générale, la contagion des folies générales est assez rapide et surtout beaucoup plus rapide que celles des folies partielles ; alors que pour celles-là quelques semaines, souvent quelques jours et même quelques heures suffisent, il faut pour celles-ci plusieurs mois.

A côté de ces deux conditions essentielles pour la contagion de la folie : la prédisposition psychopathique et l'impression morbide directe, il est toute une série d'autres conditions secondaires dont l'auteur discute successivement la valeur. 1° *L'âge :* les enfants et les vieillards représentent pour la majorité des auteurs les sujets les plus contaminés, mais d'après les statistiques de M. Marandon de Montyel, les enfants n'apportent qu'un contingent très faible, et c'est surtout de vingt à trente ans que la contagion mentale fait sentir son influence. Ce sont surtout les délires généraux qui semblent les plus propres à se propager dans le jeune âge et les délires partiels sont plutôt imposés que communiqués.

2° *Le sexe :* les femmes sont de beaucoup plus sensibles que les hommes à la contagion mentale et il résulte des observations de M. Marandon, que celle-ci s'opère surtout de femme à femme et de femme à homme et très exceptionnellement de homme à femme et de femme à homme.

3° *La nécessité d'une longue vie commune aussi intime que possible* avec un aliéné n'est pas une condition aussi importante qu'on le dit généralement pour la contagion de la folie surtout s'il s'agit de délires généraux qui agissent en impressionnant vivement et se transmettent par un choc émotif.

4° *La vraisemblance du délire* ne peut avoir d'influence que s'il s'agit de folies systématiques, car elle est plutôt nuisible avec les folies générales qui sont d'autant plus contagieuses qu'elles sont plus impressionnantes et d'autant plus impressionnantes qu'elles sont plus échevelées.

5° *L'appât d'un intérêt personnel* que certains auteurs regardent comme indispensable à la propagation de la folie, peut bien faciliter grandement le phénomène, quand il existe, mais il ne faut pas exagérer son importance et dire avec Lasègue et Falret que l'on ne cède à la pression de la folie que si elle vous fait entrevoir la réalisation d'un rêve caressé.

6° *Le milieu familial* auquel les auteurs n'ont pas donné assez d'importance d'après M. Marandon est une condition bien autrement favorable, car de tous les contaminés connus les seuls qui n'étaient pas des parents des malades, se trouvaient être à leur service, et comme tels, faisaient partie de la maison.

7° *La misère*, et il faut prendre ce mot dans son sens le plus large, est encore un élément dont il faut savoir reconnaître l'importance au point de vue de la contagion de la folie.

8° A côté de la misère et agissant de la même manière il faut placer toutes les causes d'épuisement de l'organisme : maladies, excès, vices débilitants, intoxications, et les états d'origine psychique si fréquents chez la femme. (*Annales médico-psychologiques*, 1894.) E. B.

XXIX. Note sur une amnésie consécutive a des idées obsédantes ; par le Dr Féré.

Il n'est pas rare de voir des individus atteints de tics coordonnés être incapables, en dehors de leur accès, de reproduire les mouvements qu'ils répètent des centaines de fois par jour ; le même fait peut s'observer dans le cas d'exclamations spasmodiques, l'intéressante observation citée par l'auteur montre qu'on peut observer, à la suite des idées obsédantes, un phénomène analogue. Il s'agit d'un malade chez qui les idées obsédantes qui l'avaient le plus tourmenté disparaissaient pour un temps de sa mémoire : il ne s'en souvenait jamais que comme d'un rêve. (*Revue neurologique*, déc. 1893.) E. B.

XXX. Impulsions homicides consécutives a la lecture d'un roman passionnel chez un dégénéré ; par le Dr Daguillon.

Intéressante observation d'un dégénéré à antécédents héréditaires assez chargés.

Enfance accidentée, pénible. — A seize ans, à la suite d'un chagrin d'amour, accès de mélancolie avec idées de suicide.

Le malade a maintenant quarante-trois ans et est horloger. Il entreprit, il y a quelque temps la lecture du livre de Zola la *Bête humaine ;* chaque épisode du roman lui remémore son état et lui fait faire des comparaisons entre l'impulsif de Zola et lui et par degrés s'implante en lui l'idée que lui aussi pourrait avoir une impulsion analogue.

Si bien qu'un beau jour, à son réveil, l'impulsion homicide se saisit brusquement de lui et la vue de sa femme et de ses enfants, concomitante de celle de ses outils pointus, exagérant encore l'impression, il sent qu'il lui faut tuer sa femme et ses enfants pour obéir à une force intérieure qui le lui ordonne et qu'il ne peut maîtriser. Après avoir lutté deux jours pendant lesquels il s'était fait surveiller par des amis, il craint que ses forces ne le trahissent, qu'il ne succombe à son impulsion et se fait conduire à Sainte-Anne. (*Annales médico-psychologiques*, juin 1894.)

XXXI. Névrose paresthésique chez une dégénérée héréditaire; par le Dr Rubens Hirschberg.

Il s'agit d'une dégénérée héréditaire chez laquelle existent dans le dos des paresthésies extraordinaires. Il lui semble que des grenouilles se promènent le long de son dos ; des langues d'animaux dégoûtants les lèchent ; des roues se promènent le long de son dos ; des vers, des intestins pourris, descendent sur son dos ; son dos se décompose, etc.

La malade se rend compte de son état : elle est persuadée de l'ineptie de ses paresthésies, mais elle en souffre beaucoup. Aucun traitement n'a amené de soulagement.

Cette observation, qui montre qu'un état délirant n'est pas une condition *sine qua non* pour l'existence des hallucinations tactiles, est rangée par l'auteur dans la névrose décrite récemment par Collins, de New-York, sous le nom de névrose paresthésique. (*Revue neurologique*, 1894.) E. Blin.

XXXII. Note sur une paralysie nocturne provoquée par le chloralose ; par le Dr Féré.

Vingt centigrammes de chloralose donnés à une hystérique ont déterminé d'abord le sommeil, puis, vers le milieu de la nuit un réveil accompagné d'une sensation d'angoisse précordiale très pénible et d'une incapacité absolue de remuer les membres et la tête. Ces troubles ont duré jusqu'au matin et tout s'est peu à peu dissipé. (*Revue neurologique*, 1894.) E. B.

XXXIII. Hypertrichose faciale chez les femmes aliénées ; par Harris Liston.

Les photographies de femmes barbues chez laquelle la production pileuse anormale coïncida avec le passage à l'état chronique de la psychose. (*British Med. Journ.*, 2 juin 1894.) A. Marie.

XXXIV. Sur un cas d'hallucinations motrices verbales chez une paralytique générale ; par le Dr P. Sérieux. (*Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, juin 1894.)

Observation d'une femme atteinte de paralysie générale qui, au cours d'une période de rémission, présenta des hallucinations motrices verbales. Ces hallucinations, qui durèrent pendant plus d'une année, coïncidèrent toujours avec des spasmes des muscles masticateurs et devinrent le point de départ d'un véritable délire de persécution, mais sans systématisation. Plus tard survinrent des hallucinations visuelles, auditives, gustatives, etc.

A l'autopsie on trouva des lésions de méningo-encéphalite, dis-

persées symétriquement dans les deux hémisphères mais n'intéressant que le pied de la troisième frontale (centre moteur verbal) et l'extrémité inférieure de la frontale ascendante (centre masticateur).

L'auteur signale en terminant la variété extrême des accès délirants que l'on peut rencontrer dans la paralysie générale : les uns greffés sur la démence paralytique (accès maniaques, mélancoliques, idées de grandeur et hypocondriaques), les autres provoqués par les hallucinations motrices verbales (délire de persécution), ou par l'ensemble confus d'hallucinations de tous les sens (état de confusion ayant quelque analogie avec le délire hallucinatoire aigu). G. DENY.

XXXV. LE CZAR JEAN LE TERRIBLE DE RUSSIE ET SON ÉTAT MENTAL; par le Dr P. KOWALEWSKY. (*Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, mars et juin 1894.)

De cette étude biographique l'auteur croit pouvoir conclure que le czar Jean le Terrible, dont le règne ne fut marqué que par des actes de férocité et d'immoralité, était un héréditaire atteint de paranoïa avec prédominance d'idées de persécution.

G. DENY.

XXXVI. UN CAS DE SENSATIONS AUDITIVES ET VISUELLES SUBJECTIVES, AUTO-OBSERVATION; par FR. FUCHS. (*Neurol. Centralbl.*, 1893.)

Hallucinations hypnagogiques ainsi décrites par l'auteur qui est aussi le patient. L'oreille gauche entend tout à coup un son comparable à celui que fait le claquement du maxillaire inférieur contre le maxillaire supérieur. Puis apparaît un éclair lumineux qui envahit tout le champ visuel; finalement amaurose ou obscurcissement de la vue.

Pour provoquer ce syndrome artificiellement, M. Fuchs n'a qu'à déplacer vivement le maxillaire inférieur. Et les trois hallucinations apparaissent dans l'ordre indiqué pourvu qu'il y ait la demi-irritation cérébrale intermédiaire au sommeil et à la veille.

Pathogénie : Excitation du faisceau cérébral moteur du trijumeau; secousse du tenseur du tympan; activité du tympan; excitation des extrémités du nerf auditif dans la membrane basilaire. Irradiation dans le cerveau qui se répercute sur la partie sensitive du cerveau présidant au centre visuel. P. K.

XXXVII. LES HORREURS DU PAUPÉRISME. (*British Med. Journ.*, 31 mai 1894.)

Echo d'une enquête qui nous dévoile des abus semblables à ceux qui, il y a quarante ans, provoquèrent un mouvement d'opinion

pour la réforme des workhouses. Sévices et brutalités, malpropreté sordide sont les moindres griefs que relève l'article, dans une Poorhouse du Devonshire. En Grande-Bretagne comme chez nous, à côté des établissements modèles qu'on montre volontiers aux curieux et aux étrangers, il existe des établissements rappelant les errements d'un autre âge et qu'on s'étonne de voir encore perpétuer de nos jours. A. Marie.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

XXVe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ PSYCHIATRIQUE DE L'ALLEMAGNE DU SUD-OUEST.

SESSION DE KARLSRUHE.

Séance du 11 novembre 1893. — Présidence de M. Kirn.

Le premier curateur, M. Schuele, ouvre la séance en faisant l'*histoire des travaux de la Société* arrivée au vingt-cinquième anniversaire de sa fondation.

Trois d'entre nous ont vu les origines de la Société et en ont suivi les progrès. Ce sont Ludwig, Kirn et moi. C'est le 26 mars 1867 qu'elle a tenu sa première séance, ici même à Karlsruhe, dans la petite salle du Muséum. Organisée par Roller, elle a été honorée de la présence de beaucoup de nos collègues de Karlsruhe et en outre d'un fonctionnaire du ministère du duché de Bade et de Wurtemberg, le directeur actuel Frey, qui vient de prendre sa retraite comme inspecteur général des établissements publics après vingt-huit ans de services éminents, ainsi que du conseiller de Schœnlein (de Stuttgard). Etaient présents : les spécialistes Brosius, Grœser, Hoffmann, Ludwig, Dick, Lœchner, Fischer aîné, Otto, Breuzinger, Mueller, Zeller aîné, Rühle, Roller, Reich, Krafft-Ebing, Kirn, Schuele, Brenner. On y traita : le délire aigu (rapporteur : Schuele), et l'assistance des aliénés (rapporteur : Roller). Tous les membres présents se rangèrent sous la bannière de l'*Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie*, et communiquèrent cette décision au rédacteur en chef Lœhr.

La séance qui suivit eut lieu au printemps de l'année 1869 à Heidelberg. Nous y vîmes Cramer, un des premiers apôtres du non-restraint, et Grœser. Nous y traitâmes des questions anatomiques, cliniques, statistiques. Nouvelle réunion pendant l'automne de la même année, à Stuttgart; Zeller ouvrit le congrès; la folie raisonnante et la diminution de la responsabilité étaient à l'ordre du jour.

L'année 1870 nous retrouve au printemps à Bade-les-Bains. Les conditions d'admission des malades dans les asiles d'aliénés, les thèmes empruntés à la médecine légale, ce que l'on sait du mode d'action des narcotiques constituent les sujets traités. La guerre ne nous permet pas d'avoir de seconde réunion cette année-là. La guerre terminée, nous voilà à Karlsruhe (1871). Rapports de la psychiatrie avec les autres branches de la médecine, sociétés de patronage pour les aliénés mis en liberté, syphilis cérébrale et démence paralytique, injections hypodermiques, tels sont les sujets dont nous nous occupâmes.

En 1872, nous nous réunissons à Strasbourg, où nous voyons Samt pour la dernière fois. En 1873, à Heidelberg, nous nous occupons des criminels aliénés et du traitement de l'épilepsie. En 1874, la Société est devenue très nombreuse; nous sommes à Heppenheim; des professeurs de clinique et de neurologie d'Heidelberg ainsi que le physiologiste Eckard (de Giessen) accourent à l'appel de Ludwig. Celui-ci propose de transformer le congrès psychiatrique du Sud de l'Allemagne (c'était son nom alors) en Congrès des neurologistes et aliénistes de l'Allemagne du Sud, en y admettant les professeurs des écoles supérieures, afin de rayonner sur la neuropathologie. Cette motion fut adoptée en principe au congrès suivant (1875) d'Heppenheim; mais il fut décidé de réserver chaque année une séance d'automne aux psychiatres seuls, dans laquelle seront traitées spécialement les questions psychopathologiques.

En mai 1886 a lieu le premier congrès des neurologues et aliénistes de l'Allemagne du Sud-Ouest (et non de l'Allemagne du Sud) à Bade-les-Bains, dans lequel on décide une réunion annuelle. Nous y voyons pour la seule et dernière fois (hélas!) l'anatomiste Ecker; il nous présente les traits principaux de sa topographie des circonvolutions et fait une intéressante communication anatomo-pathologique sur les centres cérébraux d'Hitzig chez une femme amputée dès l'enfance.

En octobre 1886, le Congrès spécial des aliénistes se réunit à Karlsruhe. Quelques semaines après, dans la même ville, à l'appel de Ludwig et Dick, on organise définitivement le congrès psychiatrique d'automne de l'Allemagne du Sud-Ouest rajeuni, le congrès des neurologues s'en détachant pour tenir ses séances spéciales en mai ou au commencement de juin. Ce dernier congrès est donc un enfant de notre Société. Ces deux congrès ont fleuri et prospéré

côte à côte et ont, de concert, travaillé aux progrès de la neuropathologie et de la psychiatrie. C'est là un vivant témoignage de la filiation étroite de ces deux ordres de connaissances.

L'organisation définitive de notre congrès coïncide avec l'année 1878. Nous nous sommes réunis alors pour la douzième fois. Pendant les quinze ans qui suivirent, il n'y a plus eu de modifications dans le fonctionnement ni dans le genre des sujets traités par notre Société. Si pendant trois années, au cours de cette période, nous n'avons pas tenu séance, c'est que le congrès des naturalistes allemands siégeait près de nous à Bade, Fribourg, Strasbourg. Chaque automne, nous nous sommes réunis à Karlsruhe. Tout ce que nous avons fait, soit en théorie, soit en pratique, se rattache à l'évolution même de la psychiatrie de ces quinze dernières années. Questions d'administration, de clinique, d'anatomie, de psychologie, de médecine légale ont été continuellement agitées par nous et ont servi d'assises au développement de notre science. A cette œuvre, jeunes et vieux ont collaboré. Plusieurs ne sont plus, d'autres ont quitté la région ; ceux qui restent continuent et continueront les traditions de travail et d'honneur des vieux maîtres ; que la devise de notre Société soit un vœu de prospérité que je formulerai en ces termes : *Vivat floreat crescat in multos annos!*

Les visites des parents dans les asiles d'aliénés, MM. Dittmar et Schuele, *rapporteurs*. — M. Dittmar traite de quelques *aperçus généraux* se rattachant aux visites faites aux aliénés dans les asiles. Ces visites doivent avoir pour but la guérison du malade ; il ne faut pas perdre de vue, en effet, qu'elles exercent un intérêt salutaire sur l'aliéné, qu'elles réconfortent également ses parents, qu'elles agissent aussi sur le moral du personnel lui-même. On peut donc autoriser toutes celles des personnes qui prennent au malade et à son rétablissement un intérêt rationnel autant que loyal. Ceci étant résolu, il faut tenir compte de l'effet qu'exerce la visite sur l'aliéné ; cet effet dépend-il de la nature des visiteurs, de leur attitude, de leur qualité ? A ce dernier égard, il faut se montrer très circonspect quand il s'agit d'admettre des enfants comme visiteurs. Il convient encore de savoir si les visites de tels ou tels font plaisir ou non aux malades.

Mais on admettra sans réserve les parents auprès des aliénés qui touchent aux dernières limites de la vie, des moribonds, des déments réduits à l'existence végétative, de ceux qui jouissent d'une pleine liberté en dehors de l'établissement.

Paraissent encore *indiquées* les visites auprès des convalescents, à moins qu'elles aient déjà paru suspectes ; elles sont au contraire *contre-indiquées* dans le cas de nostalgie, celle-ci par exemple survenant si souvent ou s'aggravant chez les femmes auprès desquelles on laisse arriver leurs enfants, chez les agités ou ceux qui tendent à devenir violents, aggressifs, chez ceux pour lesquels la

visite est un objet de haine naturelle ou pathologique, chez ceux pour lesquels on suppose qu'il y aura, à l'occasion de cette visite, scènes ou discussions funestes, chez ceux enfin qui refusent toute visite. C'est d'ailleurs le médecin qui doit en chaque cas autoriser ou supprimer la visite, il n'est pas inutile de provoquer sur l'éventualité des visites une correspondance entre le requérant et l'aliéné, correspondance qui naturellement passe par les mains du médecin et le guide soit pour la première autorisation, soit pour l'opportunité de la répétition des visites; il détermine également le nombre des visiteurs qui peuvent venir ensemble voir le malade, la nécessité ou non que les visites aient des témoins, enfin il renseignera préalablement les visiteurs sur la nature et les particularités de la maladie en même temps qu'il leur apprendra comment ils doivent se comporter pour aider par leur manière d'être au traitement de l'aliéné.

M. Schuele traite des *indications* et *contre-indications spéciales* des visites dans les diverses formes des maladies mentales. Il établit les conclusions suivantes :

1° Dans les cas récents de *mélancolie*, pas de visites, du moins pendant les périodes d'augment et d'acmé de la maladie. L'angoisse avec ou sans obsessions contre-indique suivant sa violence les visites. Quand la maladie décroît on peut les autoriser. Il n'est pas rare qu'on doive alors faire appel aux visites pour aider le malade à récupérer ses facultés d'orientation, même quand il y a nostalgie naturelle. Quand le malade refuse la nourriture, assez souvent une invitation rationnelle de ses parents le ramène à de meilleurs sentiments, au moins temporairement; — 2° dans la *manie*, quand la forme en est grave, on proscrira toute visite. Il vaut mieux aussi les défendre dans les cas légers et récents, que l'excitation qu'elles provoquent émane soit d'une nostalgie opiniâtre, soit de considérations d'intérêts ou de personnes et se montre chiche de conversations avec les parents. De graves événements domestiques pendant le séjour des malades contre-indiquent les visites autant que possible jusqu'à leur sortie; — 3° la *folie systématique aiguë*, suivant qu'elle revêt une forme dépressive ou exaltée, impose l'obligation d'en agir en matière de visites comme dans les cas de mélancolie simple ou de manie et d'être peut-être encore plus prudent en pareil cas. Il faut ici peser la forme des hallucinations sensorielles, surtout quand elles visent certaines personnes dont il faut alors interdire les visites. Cette dernière considération bat tout naturellement son plein quand on a affaire aux épisodes aigus du délire systématique chronique; — 4° la *stupeur* contre-indique les visites autant que possible jusqu'à la convalescence parfaitement établie; — 5° il en sera de même pour la *démence aiguë;* on sera, dans l'espèce, encore plus avare de permissions, on s'y montrera plus difficile; — 6° il est impossible de tracer des règles dans la *folie systématique*

chronique. On se déterminera d'après l'humeur du malade, l'état de sa connaissance, le degré de confiance qu'on peut avoir en lui ou en ses parents. Pas de visites non plus quand le délirant se croit épié ou en butte à des actions physiques, en dehors des rémissions. Les formes expansives permettent plus de libéralisme dans les permissions, car il n'est pas rare de voir une visite opportune corriger le délire. Mais il n'en faut tenter l'essai que lorsque les autres signes cliniques parlent en faveur d'un début d'amélioration; — 7° dans la *démence chronique*, on permettra plus fréquemment de visiter les malades ; c'est un moyen temporaire de les calmer, de les égayer, de les faire patienter. On se guidera d'après les indications tirées du public ; — 8° la *démence paralytique* au début ou pendant les stades d'agitation exclut les visites ; on les autorisera aux périodes plus avancées; — 9° dans la *folie alcoolique*, on choisira avec un soin extrême les visiteurs ; si l'on ne peut se fier à eux, on exigera l'intervention de témoins ; — 10° dans la *folie hystérique* et constitutionnelle, pas de visites, surtout dans la folie du caractère ou *folie morale*, à moins que les visiteurs ne méritent toute confiance et qu'on n'ait fait préalablement leur éducation. Il faut être prudent quand il s'agit d'*épileptiques* et requérir l'intervention de témoins à cause de leurs impulsions violentes possibles.

Discussion. M. Kræpelin. — Quelle différence y a-t-il entre la nostalgie naturelle et la nostalgie pathologique ? — M. Schuele. Il n'y a pas de signes différentiels. C'est affaire de sentiment.

M. Dittmar. — Quand, à la suite de la visite désirée des parents, la nostalgie a disparu définitivement, c'est qu'elle n'était pas pathologique. Malheureusement l'expérience nous apprend qu'il n'est pas rare de voir la nostalgie naturelle elle-même reparaître plus vive que jamais à la suite de la séparation.

M. Kreuser. — On pourrait juger la nature de la nostalgie d'après le temps pendant lequel elle cesse et le rapport de cette cessation avec l'espacement des visites. L'espoir d'une prochaine visite et les lettres que les malades reçoivent de chez eux agissent-ils ou non sur la nostalgie ? C'est encore un moyen de détermination.

M. Kræpelin. — Sans doute il est bon de supprimer les visites à la période d'acmé de la démence aiguë, mais pendant la convalescence, elles exercent une certaine action très salutaire par l'activité qu'elles provoquent.

M. Kirn a également observé cela. — M. Schuele. Cela dépend des parents. — Le congrès se rallie aux conclusions précédentes.

Mais sur le fond même de la question générale, MM. Nissle, Kreuser, Beyer, Karrer, Dittmar engagent une discussion qui peut se résumer ainsi : Plus la ville est à proximité, plus les malades sont visités, et plus ils savent que les voyages sont faciles, plus ils sont

avides de visites et peinés de leur absence. Mais quand il s'agit de manies ou de mélancolies récentes, il convient de les interdire; on les interdira aussi et inversement on les autorisera quand l'expérience montrera que la première visite est nuisible ou réussit à l'aliéné.

Un parloir est chose utile, mais la visite peut se faire dans les quartiers quand la situation du malade s'oppose à son déplacement. Quand l'asile est éloigné de la ville, on peut également se montrer libéral quant à la durée de la visite ; il n'est, de plus, pas rare de voir la visite qui, à l'arrivée, avait agité le malade, le calmer par sa durée même. L'assistance des infirmiers aux visites n'est obligatoire que pour les gens mariés de crainte d'une grossesse éventuelle. Il est aisé de se convaincre de l'identité des visiteurs par l'interrogation même des malades, et il est malaisé de limiter une visite à une simple entrevue. Assimiler l'asile à un hôpital dont l'entrée est à peu près libre constitue une excellente mesure dont médecins et public n'ont qu'à se louer ; il peut arriver qu'une femme mariée essaie de se rapprocher de son mari aliéné pour justifier dans l'avenir une grossesse illégitime; mais cela est rare et peut être évité par la présence d'un témoin. Il serait fréquent de voir des visites prolongées exercer une action défavorable sur le malade; l'infirmier peut se rendre compte de cet effet et en prévenir le médecin qui décide de la continuation ou de la suspension de la visite. en question. Il est indispensable de noter la date de chaque visite et la qualité des visiteurs. Quand ceux-ci sont admis à pénétrer dans les salles, il faut veiller à ce qu'ils ne puissent prendre contact avec les autres malades.

M. Kiran. *De l'anthropologie criminelle.* — Ce mémoire a paru *in extenso* dans l'*Allg. Zeitsch.*[1]. Il conclut à ceci : que l'anthropologie criminelle est un simple chapitre de la dégénérescence.

Discussion. M. Wilser. — Cette question a un rapport étroit avec la *théorie de l'hérédité*. La légion des dégénérés donne naissance à la plupart des aliénés ainsi qu'à la plupart des criminels. Les ancêtres qui produisent des dégénérés sont ceux qui ont détruit leur système nerveux par le surmenage, les excès alcooliques, les maladies exténuantes; ils transmettent à leur postérité cette faiblesse acquise du système nerveux. Le dégénéré ainsi produit devient un criminel quand, en raison de cette débilité intellectuelle et morale, il devient incapable de réprimer ses instincts bestiaux. Il peut encore arriver que, par suite de certaines habitudes exclusives, les ancêtres transmettent à leur postérité des instincts dangereux pour la sécurité générale ou une dégénérescence complète ; telle est par exemple la propension au vol ou à la violence. Lombroso, tout en exagérant, n'a donc pas tout à fait tort d'admettre le criminel-né.

[1] Voy. *Archives de Neurologie* Revues, analytiques.

M. Kirn. — La tendance à la criminalité n'est pas innée ; ce qui est congénital, c'est l'infériorité psychique.

M. Wilser croit devoir admettre la transmission des instincts.

M. Friedmann. *De la folie menstruelle primordiale.* — L'orateur communique deux observations. Il s'agit de jeunes filles de quatorze et seize ans, atteintes d'accès périodiques de dépression mélancolique profonde avec troubles de la conscience tout à fait semblables aux folies menstruelles typiques; ces accès durent de trois à quatre semaines, ils coïncident avec l'absence ou l'interruption du flux menstruel et disparaissent, guérissent, quand celui-ci prend son cours normal. Cela les distingue de ce qu'on a appelé la folie menstruelle typique; ce qui les distingue encore, c'est l'existence d'une très minime prédisposition aux psychopathies et même l'absence totale de prédisposition de ce genre. Les courts symdromes de folie transitoire intense qui se produisent chez certaines femmes à l'époque de la menstruation et qui n'ont lieu qu'une seule fois, peuvent être rapprochés de ces exemples, car là aussi il peut n'y avoir ni tare héréditaire ni terrain névropathique. Il est donc naturel de regarder ces manifestations comme des folies menstruelles en rapport avec le développement organique; leur pronostic étant favorable, les voilà définitivement séparées de toute la classe des psychoses périodiques typiques. — M. Friedmann communique encore une observation démonstrative et rare de l'action favorable exercée par le développement menstruel sur l'épilepsie. (Voy. *Münchener med. Wochenschrift.*)

Discussion : M. Kirn a aussi observé des psychoses à l'époque de la puberté, mais pas sous ce type.

M. Wildermuth voit avec plaisir ces observations d'épilepsie qui n'a pas empiré à l'époque des règles, celles-ci paraissant au contraire avoir exercé une influence heureuse sur celle-là.

M. Kræpelin. Ces améliorations se voient aussi chez l'homme. Quand on voit l'épilepsie s'améliorer, on est en droit de se demander si l'on n'est pas en présence de symptômes hystériques.

M. Friedmann. Dans l'exemple que j'ai cité, on a vu se produire un accès d'épilepsie caractérisé en plein sommeil, ce qui n'a pas lieu dans l'hystérie.

M. Schœnthal rappelle que les observations de folie menstruelle qu'il a antérieurement décrite (*Archiv. f. Psychiat.*, XXIII) datent aujourd'hui de trois ans; la guérison s'est maintenue.

M. Hœcker. *Des accès anxieux larvés et abortifs dans la neurasthénie.* — Ces accès jouent un rôle beaucoup plus grand dans la neurasthénie qu'on ne l'a admis jusqu'alors. Dans un grand nombre de cas ce n'est pas sous la forme d'angoisse que l'accès parvient à la conscience, il revêt la forme d'asthme, de vertiges, de passion. Tel ce monsieur d'un certain âge qui, pendant une saison qu'il

faisait à Marienbad, qui d'ailleurs ne lui réussissait pas, se lia d'amitié avec une dame âgée. Il lui fallut partir parce qu'il éprouvait une agitation nerveuse croissante. En route, il fut assailli d'une ardeur si vive de se rapprocher de cette dame qu'il lui fallut retourner à Marienbad. Il repart de nouveau et quelques jours après un autre accès violent de passion l'étreint, devient chronique et revêt les caractères d'un sentiment obsédant. Eclairé sur la nature spéciale de cet état mental, il redevient plus calme et finit par être délivré de son cas de conscience qui le rend confus. Mais il éprouve en outre quelques accès d'angoisse pure qui, graduellement, guérissent tout à fait.

A côté de ces angoisses larvées il faut placer les angoisses abortives encore plus remarquables. Il s'agit dans l'espèce des phénomènes suivants. Tout accès d'anxiété, chez l'homme sain aussi, s'accompagne d'une série de manifestations somatiques très précises. Ce sont : l'angoisse avec agitation précordiale; les battements de cœur, l'accélération de la respiration, les troubles de l'innervation, les tremblements musculaires, les vertiges, des troubles circulatoires avec paresthésies, des sueurs, contraction tumultueuse des replis intestinaux avec incontinence ano-vésicale, contractures et étreintes pharyngo-œsophagiennes, insomnies. Eh bien! chacun de ces phénomènes peut se montrer isolément à l'état d'accès fruste chez les neurasthéniques, ou à l'état de symptôme chronique, sans qu'il se produise aucune trace d'angoisse psychique, et ce sont justement là les symptômes cardinaux les plus importants de la neurasthénie. M. Hœcker les passe en revue un à un; il insiste sur la contracture pharyngo-œsophagienne à l'appui de deux observations. Ces angoisses abortives ou incomplètes nous permettent de mieux comprendre les éléments les plus importants de la neurasthénie.

On en peut rapprocher un autre trouble de la sensibilité morale, la terreur des hystériques. La terreur joue dans l'hystérie un rôle pathogénétique important et c'est un symptôme souvent observé dans cette maladie. La terreur a aussi ses attributs physiques. Comme dans l'angoisse, on observe avec elle des symptômes cardiaques, circulatoires respiratoires et des étreintes pharyngiennes. Ce sont exactement les mêmes symptômes qui sont communs à l'hystérie et à la neurasténie; à côté de cela, un groupe d'autres symptômes que la terreur revendique à l'angoisse sont tout à fait les mêmes que ceux qui distinguent l'hystérie de la neurasthénie : telles la paraplégie (la terreur paralyse les jambes), la tendance à la stupidité (la terreur vous stupéfie), la convulsibilité, les troubles de la sensibilité et d'autres nerfs sensoriels (cécité, surdité, insensibilité de la crainte), la paralysie de la voix (mutisme de la terreur). Que de points communs et trop tranchés pour pouvoir être considérés comme accidentels.

En tout cas, l'angoisse a une importance fondamentale dans la neurasthénie. Dans la théorie chimique de Kowalewski, la neurasthénie résulte d'une intoxication encéphalique par des produits de décomposition émanés de la surexcitation et de la fatigue; ceci cadre avec les recherches de Mariot sur l'angoisse. Le goût de la viande d'un animal abattu est modifié quand avant de l'abattre on l'a fatigué et angoissé; l'angoisse a provoqué dans le cerveau la formation de produits de décomposition tout particuliers qui pénètrent et empoisonnent tous les tissus, déterminant ainsi les symptômes physiques de l'anxiété. (Voyez *Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1893.)

Discussion : M. Wildermuth. Sans doute l'angoisse est un des symptômes les plus habituels de la neurasthénie. Quant à la sensation de fatigue, c'est souvent une angoisse larvée. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, LI, 1.) P. Keraval.

CORRESPONDANCE.

A PROPOS DU CONGRÈS D'HYGIÈNE DE BUDA-PESTH.

« Buda-Pesth, 15 septembre 1894.

« Mon cher rédacteur en chef,

« Après les lettres documentées de M. le Dr Regnier au *Progrès médical*, il ne reste que peu de choses à dire de la physionomie générale du Congrès international d'hygiène et de démographie de Buda-Pesth. J'ai cependant pensé qu'il pouvait être intéressant d'ajouter quelques renseignements pour les *Archives de Neurologie*, en ce qui concerne les questions spéciales abordées dans quelques sections. C'est ainsi que, pour la partie démographique, les sections IV et VII ont entendu diverses études relatives les unes, à l'*éducation des enfants arriérés, sourds-muets, épileptiques et aveugles* (Ranyer et Fletcher, Londres ; Sollier, Paris ; Uchermann et Lemke, Suède ; Egmont et Sigmond, Hongrie). Les autres relatives à l'*alcoolisme, à ses causes et facteurs* sociaux, particulièrement en Hongrie (Ambrus, Bela et Gynla, Hongrie).

« Enfin *Causes et facteurs sociologiques de la Paralysie générale pro-*

gressive (K. Ebing, Kirn, Kowaleski, Wagner, Ritter, Blum et Olah). Ce dernier point le plus discuté a mis en présence les partisans de l'étiologie constamment spécifique et ceux de la pluralité de causes héréditaires et sociologiques ; le surmenage, les intoxications, les traumatismes, etc., les influences diverses de milieu, ont été à nouveau invoquées à coup de statistiques dont aucune conclusion ne saurait encore être tirée. Les mesures à prendre contre l'alcoolisme, asiles spéciaux, monopole, sociétés de tempérance, ont été successivement prônées comme au récent congrès de Clermont; la Hongrie ne possède d'ailleurs pas d'asile public spécial, pas plus que les autres pays d'Europe.

« Pour l'éducation des enfants arriérés, il existe un établissement privé à Buda-Pesth pour une cinquantaine d'enfants que les congressistes ont pu visiter et où sont mises en pratique quelques-unes des méthodes pédagogiques usitées à Bicêtre.

« — Dans les sections d'hygiène, en dehors de la conférence annoncée de Lombroso sur l'homme criminel (section XIV), la question des aliénés criminels et criminels aliénés a fait l'objet de plusieurs rapports imprimés de MM. Kirn, Mendel (Allemagne), Moravcsi (Hongrie) et Orange (Londres).

« A signaler aussi une étude authropologique sur les femmes pyromanes (Buben, Laszlo, de Maria-Nostra) et une autre sur la géographie médicale de crétinisme et son traitement (Krater et Benö). Enfin MM. Paetz, d'Altzcherbitz et Peters de Gheel ont présenté deux rapports sur les différents systèmes d'assistance des aliénés et l'application simultanée des asiles fermés et des colonies selon les milieux urbains ou ruraux ; ce sont deux plaidoyers en faveur des colonies ouvertes, colonies agricoles et familiales en particulier, dont les auteurs sont les organisateurs les plus autorisés en Allemagne et en Belgique.

« M. Salgö, de Budapest, a présenté une étude dans le même sens. M. Jakab Salgö est médecin chef à l'asile public de Lipot-Metzo avec M. Bolgö, sous la direction de M. le Dr Niedeman. Ces messieurs nous ont fait les honneurs de leurs services que nous avons pu visiter en compagnie de M. le Dr Hamel de Dôle ; nous croyons être les seuls Français qui aient vu l'asile à l'occasion du congrès.

« C'est un établissement datant d'une vingtaine d'années situé à quelques kilomètres de Bude sur la rive gauche du Danube. On en a une vue panoramique entière du haut de Széchenyi-Hegy, la pittoresque montagne qui domine Pest et la vallée du Danube à plusieurs lieues à la ronde.

« Construit d'après les principes anciens du bloc rectangulaire, l'asile supporte encore fort bien la comparaison avec d'autres établissements plus récents, construction moins compacte, services généraux médians et divisions symétriques d'hommes et de femmes au nombre de 4 à 500 environ pour chaque. — Des cours

assez vastes sont annexées aux sections, mais des murailles trop hautes empêchent de jouir de la vue du bois auquel s'adosse l'asile, inconvénient que des sauts de loup éviteraient. — Les malades d'ailleurs jouissent de ce bois où on les mène souvent en promenade et une ferme avec verger et potager suffisants assurent l'exploitation agricole pour les travailleurs avec les ateliers industriels qui paraissent bien organisés puisque la plupart des fournitures sont confectionnées par les aliénés : chaussure, couture vêture, tissage des toiles, menuiserie, serrurerie, etc.

« De l'agglomération trop grande résultent les quartiers superposés en étages mais intérieurement les sections sont bien disposées ; une cloison médiane limite d'un côté les dortoirs, de l'autre les salles de réunion communes où les malades sont passés après le lever et prennent les repas. Les cellules sont boisées, non capitonnées, sans tinettes, et le personnel paraît en nombre suffisant et bien éduqué, puisque le non-restraint est appliqué intégralement. — Éclairage au gaz. — Literie autrichienne avec petit lit de plume dans lequel on s'enroule (très incommode pour qui n'est pas habitué) sommiers en toile métallique, bains insuffisants, tout à l'égout cabinets à chasse périodique automatique.

« Un gardien spécial est affecté aux lieux d'aisance qu'il surveille exclusivement et ouvre aux malades qui le désirent ; salle d'observation commune pour les nouveaux et les mélancoliques à idées de suicide ; là se monte une garde continue de jour et de nuit, contrôlée ainsi que les rondes générales par des boîtes disséminées, reliées électriquement au poste central du surveillant général. — Un mouvement d'horlogerie spécial signale à toute heure du jour ou de la nuit l'oubli de pointage d'une tournée. — Ce système excellent a le seul désavantage d'être trop complexe et sujet à de fréquents dérangements. Les distractions ne paraissent pas manquer ; les pianos sont assez nombreux aux femmes, et le théâtre fonctionne quelquefois.

« Tous nos remercîments aux confrères hongrois dont nous avons pu apprécier l'amabilité et qui connaissaient d'ailleurs nos principaux établissements de Villejuif, Asile clinique, Ville-Évrard, Rouen, Charenton, etc. Ils nous ont appris qu'il existe en Hongrie deux autres établissements publics analogues ainsi que quelques quartiers d'hospice et des établissements privés tenus par les frères de la miséricode. — A Lippot-Metzo le service des femmes est surveillé par des religieuses ainsi que dans les deux autres établissements publics. Telles sont les quelques notes qui pourront peut-être intéresser quelques lecteurs.

« Croyez-moi toujours votre tout dévoué collaborateur.

« Dr A. Marie. »

BIBLIOGRAPHIE.

II. *De la nécessité de la création d'asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels* (Thèse de Lyon, 1894); par le Dr Trauchon, ancien interne de l'asile de Saint-Robert (Isère).

M. le Dr Truchon a été conduit à traiter ce sujet dans sa thèse inaugurale à la suite d'une observation quotidienne à l'asile de Saint-Robert et d'une excursion en Angleterre, en Hollande et aux États-Unis. Dans ces divers pays il a constaté l'existence d'asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels. Il se demande pourquoi en France rien de semblable n'existe malgré la nécessité absolue reconnue par une foule de médecins aliénistes. La création d'un ou de plusieurs asiles spéciaux s'impose pour les raisons suivantes :

1° Les aliénés criminels diffèrent, en général, des autres aliénés par les crimes mêmes qu'ils ont commis. Ne s'en éloignent-ils pas aussi par les stigmates physiques;

2° Leur conduite dans les asiles ordinaires est toute spéciale et donne lieu à une série d'incidents : réclamations, voies de faits, etc.;

3° Ils obtiennent trop facilement leur sortie des asiles ordinaires et, à peine au dehors, la rechute se produit. Alors de nouvelles menaces, de nouvelles violences, de nouveaux actes appelés criminels;

4° Les asiles ordinaires, tels qu'ils sont construits, n'offrent pas des garanties suffisantes contre les évasions;

5° Il existe un certain nombre d'individus qui passent leur vie entre l'asile et la prison. Leur place n'est ni dans l'un ni dans l'autre, mais dans un établissement intermédiaire qui serait « l'asile spécial ».

Ce travail est basé sur un grand nombre d'observations personnelles. En agissant ainsi, M. le Dr Truchon a fait preuve d'un grand talent d'observateur en même temps que de philanthropie ; car c'est être philanthrophe que d'élever la voix pour débarrasser la société de ces êtres irresponsables mais dangereux, de ces aveugles moraux, à rétine psychique atrophiée [1]. G. Devay.

[1] Avec beaucoup de médecins, nous croyons inutile la création d'un asile spécial pour cette catégorie de *malades*, d'ailleurs en petit nombre. Dans un asile bien tenu, possédant un quartier de cellules bien organisé, les évasions ne sont pas à craindre. La *Sûreté* de Bicêtre, dont nous avons demandé la suppression, est là pour montrer que les murs de prison ne s'opposent pas aux évasions. (B.)

III. *Contribution à l'étude de l'automatisme ambulatoire du vagabondage impulsif;* par le Dr Géhin. (Thèse de Bordeaux, n° 28.)

Cette thèse, très intéressante, faite sous l'inspiration de M. le professeur Pitres, est une étude à la fois clinique et psychologique des fugues morbides dans les trois principaux états où on les observe en dehors de la folie proprement dite : l'épilepsie, l'hystérie, la neurasthénie. L'auteur établit nettement les principaux caractères qui distinguent les fugues dans ces diverses neuropathies et qui permettent en pratique de les reconnaître. A la fugue épileptique, appartiennent la soudaineté, l'automatisme, les impulsions aveugles, l'inconscience, l'absence de but, l'amnésie complète; à la fugue hystérique, le déterminisme inconscient, mais réflétant une idée antérieure, la cohérence, la logique des actes et la fixité du but dans la course malgré l'automatisme apparent, enfin l'amnésie habituelle, moins absolue que dans l'épilepsie, mais, en tout cas, susceptible de disparaître sous l'influence de l'hypnotisation; à la fugue neurasthénique, dont M. Géhin s'occupe plus particulièrement et dont il relate plusieurs observations intéressantes, appartiennent la conscience complète de l'idée, de la mise en marche, de la fugue et le souvenir complet de tous ses détails.

Le travail se termine par quelques considérations médico-légales concluant à l'irresponsabilité de tous ces individus, durant leurs fugues, à quelque classe morbide qu'ils appartiennent.

Dr E. Régis.

VARIA.

ASILES D'ALIÉNÉS.

Concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en médecine, vacantes au 1er janvier 1895, dans les Asiles publics d'aliénés du département de la Seine : Asile clinique, Asiles de Vaucluse, Ville-Evrard et Villejuif et l'Infirmerie spéciale des aliénés à la Préfecture de Police.

Le samedi 1er décembre 1894, à midi précis, il sera ouvert à la Préfecture de Police, annexe de l'Hôtel de Ville, rue Lobau, n° 2, à Paris, un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en médecine qui seront vacantes dans lesdits établissements

au 1er janvier 1895. Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, service des aliénés, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de midi à cinq heures, depuis le lundi 29 octobre jusqu'au samedi 10 novembre 1894 inclusivement.

Conditions de l'admission au concours et formalités a remplir. — Pourront prendre part à ce concours, les étudiants en médecine pourvus de huit inscriptions au moins, prises dans les Facultés de l'État et âgés de moins de trente ans révolus, le jour de l'ouverture du concours.

Chaque candidat, pour être inscrit au concours, doit produire les pièces ci-après : 1° une expédition d'acte de naissance; 2° un extrait du casier judiciaire ; 3° un certificat de vaccination ; 4° un certificat constatant qu'il est pourvu de huit inscriptions en médecine; 5° un certificat de bonne vie et mœurs délivré par le maire de sa commune ou le commissaire de police de son quartier.

Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches pour la clôture des listes, ou qui ne serait pas accompagnée de toutes les pièces ci-dessus désignées ne sera pas accueillie. Les épreuves du concours aux places d'interne en médecine sont réglées comme il suit :

Épreuve d'admissibilité. — 1° Une épreuve écrite de 3 heures sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux. Cette épreuve pourra être éliminatoire si le nombre des concurrents dépasse le triple des places vacantes.

Epreuve définitive. — 2° Une épreuve orale de quinze minutes sur un sujet de pathologie interne et de pathologie externe, après un quart d'heure de préparation. Le maximum des points à accorder pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit : Pour l'épreuve écrite, 30 points; pour l'épreuve orale, 20 points. Le sujet de l'épreuve écrite est le même pour tous les candidats. Il est tiré au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées avant l'ouverture de la séance par le Jury.

Pour les épreuves orales, la question sortie est la même pour ceux des candidats qui sont appelés dans la même séance. Elle est tirée au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées par le Jury avant l'ouverture de chaque séance. L'épreuve orale peut être faite en plusieurs jours si le nombre des candidats ne permet pas de la faire subir à tous dans la même séance. Les noms des candidats qui doivent subir l'épreuve orale sont tirés au sort à l'ouverture de chaque séance.

Le jugement définitif porte sur l'ensemble des deux épreuves (écrite et orale) et les nominations sont faites dans l'ordre de classement établi par le Jury d'examen.

La durée des fonctions des internes titulaires est de trois ans Les internes titulaires des asiles de la Seine reçoivent, outre le logement, le chauffage, l'éclairage et la nourriture, dans les proportions déterminées par les règlements, un traitement annuel fixe de 800 francs à l'asile Clinique et de 1,100 francs aux asiles de Vaucluse, de Ville-Evrard et de Villejuif. Ceux de l'Infirmerie spéciale des aliénés à la Préfecture de Police recevront un traitement de 1,000 francs. Ils auront droit, en outre, au logement, au chauffage, à l'éclairage et à l'indemnité de nourriture, dans les proportions fixées par la Préfecture de Police.

La répartition des internes dans les divers services d'aliénés se fait dans l'ordre de classement établi par le Jury d'examen, *le 1er février seulement* de chaque année. Ce mode de répartition assure à presque tous les internes des asiles d'aliénés du département de la Seine un séjour d'au moins une année sur trois dans un des services de l'asile Clinique, situé dans l'enceinte de Paris, ou de Villejuif situé à proximité de l'enceinte.

Un interne ne pourra rester plus de deux ans dans le même service. Tout interne titulaire est autorisé à soutenir sa thèse de doctorat aussitôt après sa nomination. Il sera pourvu, à la suite du concours et dans l'ordre de mérite, à la nomination d'*internes provisoires chargés de remplacer les internes titulaires en cas d'absence ou d'empêchement.*

La durée des fonctions d'interne provisoire est limitée à une année, à partir du 1er *février* 1895. Les internes provisoires pourront se représenter au concours pour les places d'interne titulaire. L'interne provisoire qui soutient sa thèse renonce implicitement à se représenter, mais il peut rester en fonctions jusqu'à l'expiration de l'année commencée. L'interne provisoire reçoit le traitement et les avantages en nature de l'interne titulaire, chaque fois qu'il est appelé à le remplacer.

Concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en pharmacie, vacantes au 1er janvier 1895, dans les Asiles publics d'aliénés du département de la Seine : Asile clinique, Asiles de Vaucluse, Ville-Evrard et Villejuif.

Le lundi 12 novembre 1894, à une heure précise, il sera ouvert à l'Asile clinique, rue Cabanis, n° 1, à Paris, un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en pharmacie vacantes au 1er janvier 1895 dans lesdits établissements. Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, service des aliénés, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de midi à cinq heures, Le registre d'inscription sera ouvert du lundi 15 au samedi 27 octobre 1894 inclusivement.

CONDITIONS DE L'ADMISSION AU CONCOURS ET FORMALITÉS A REMPLIR. — Tout aspirant qui veut se présenter au concours ouvert pour les places d'interne en pharmacie doit être âgé de vingt ans au moins et de vingt-sept ans au plus. Il doit produire : 1° une expédition d'acte de naissance ; 2° un extrait du casier judiciaire; 3° un certificat de revaccination ; 4° un certificat de bonne vie et mœurs, délivré par le maire de sa commune ou le commissaire de police de son quartier ; 5° des certificats constatant trois années d'exercice dans les pharmacies, dont une année dans la même maison.

Ces certificats devront, sous peine de nullité, indiquer quelle a été la conduite de l'élève pendant son séjour dans les pharmacies. Ils devront aussi, sous peine de nullité, être visés, à Paris, par les maires des arrondissements ou les commissaires de police des quartiers où sont situées les pharmacies. Ceux qui s'appliqueront à un stage fait dans les pharmacies hors de Paris devront également, sous peine de nullité, être visés par les maires des communes où elles sont situées. Les candidats de Paris justifieront, en outre, de leur inscription à l'Ecole de Pharmacie. Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches pour la clôture des listes, ou qui ne serait pas accompagnée de toutes les pièces ci-dessus désignées, ne sera point accueillie.

Les épreuves du concours aux places d'interne en pharmacie sont réglées comme suit : *Epreuves d'admissibilité.* — Une épreuve de cinq minutes pour la reconnaissance de vingt plantes et substances appartenant à l'histoire naturelle et à la chimie pharmaceutique ; 2° une épreuve de dix minutes consistant dans la reconnaissance de dix préparations pharmaceutiques proprement dites, et dans la description du mode par lequel on doit obtenir une ou plusieurs préparations qui seront désignées par le Jury.

Epreuves définitives. — 1° Une épreuve verbale de dix minutes portant sur la pharmacie proprement dite et la chimie; 2° une épreuve écrite de trois heures embrassant la pharmacie, la chimie et l'histoire naturelle. Le maximnm des points à attribuer pour chacune de ces épreuves est fixé comme suit :

Epreuves d'admissibilité. — Reconnaissance des plantes et des substances, 20 points ; reconnaissance des préparations pharmaceutiques, 20 points.

Epreuves définitives. — Epreuve verbale, 20 points; épreuve écrite, 30 points.

Les plantes et substances à reconnaître seront communes à tous les candidats qui subiront les épreuves dans la même séance; elles seront choisies par le Jury avant d'entrer en séance.

Pour les épreuves orales, les questions seront rédigées par le Jury, chaque jour d'épreuve, au nombre de trois, avant d'entrer

en séance. La question tirée au sort est la même pour tous les candidats qui sont appelés dans la séance.

Le sujet de la composition écrite est le même pour tous les candidats; il est tiré au sort entre trois questions qui seront rédigées et arrêtées par le Jury avant l'ouverture de la séance.

A l'ouverture du concours, *le 12 novembre*, à une heure, le président du Jury tirera immédiatement au sort les noms des élèves qui devront subir dans cette séance l'épreuve de la reconnaissance des plantes, si le nombre des candidats ne permet pas de la faire subir à tous dans la même séance. La durée des fonctions d'interne titulaire est de trois ans. La répartition des internes dans les divers services d'aliénés se fait dans l'ordre de classement établi par le jury d'examen, *le 1er février seulement* de chaque année. Ce mode de répartition assure à presque tous les internes au moins une année sur trois dans un des services de l'Asile Clinique, situé dans l'enceinte de Paris.

Un interne ne pourra rester plus de deux ans dans le même service. Les internes titulaires en pharmacie des Asiles publics d'Aliénés du département de la Seine reçoivent, outre le logement, le chauffage, l'éclairage et la nourriture, dans les proportions déterminées par les règlements, un traitement annuel fixe de 800 francs à l'Asile Clinique, de 1,100 francs aux Asiles de Vaucluse, de Ville-Evrard et de Villejuif. Il sera pourvu à la suite dudit concours, et dans l'ordre de mérite, à la nomination d'*internes provisoires chargés de remplacer les internes titulaires en cas d'absence ou d'empêchement*.

La durée des fonctions d'interne provisoire est limitée à une année, à partir du 1er *février* 1895. L'interne provisoire pourra se représenter au concours pour les places d'interne titulaire. L'interne provisoire qui obtiendra son diplôme de pharmacien renonce implicitement à se représenter au concours, mais il peut rester en fonctions jusqu'à l'expiration de l'année commencée. L'interne provisoire reçoit le traitement et les avantages en nature de l'interne titulaire chaque fois qu'il est appelé à le remplacer.

— Nous avons reproduit encore une fois les conditions des concours dans la Seine, non seulement pour renseigner les candidats, mais encore parce que ces documents peuvent servir de guide aux départements qui voudraient organiser le concours.

Société évangélique de Diaconnesses ; par H. Lœhr.

Article fait pour combattre la mauvaise impression produite par le congrès de Francfort, dans lequel les spécialistes se sont rattachés à la laïcisation. Il exalte les avantages de la communauté religieuse, qui exerce un contrôle sévère sur les infirmières qu'elle envoie. Il ajoute qu'avant de les charger de donner des soins aux

malades on leur *fait suivre un cours d'une année au séminaire même* et qu'on leur *fait passer des examens* qu'elles doivent subir avec succès. (*Allg. Zeitsch. f. Psch.*, LI, 1.) P. K.

Asile de Hanovre.

La diète provinciale vient de décider d'élever à l'*asile de Gœttingen* deux nouvelles constructions pour les malades du quartier clinique, dans les jardins de l'établissement. Elle a également conclu à la transformation et à l'agrandissement des quartiers cliniques actuels, ainsi qu'à ceux des habitations de malades de première et deuxième classe — à la transformation du logement de l'inspecteur en locaux administratifs — à celle de l'appartement du directeur qui occupe le bâtiment administratif en un logement pour l'inspecteur et en deux logements pour le second et le troisième médecin adjoint — à l'édification d'une maison pour le directeur, dans le jardin de l'établissement. qu'on lui cédera. 131,800 marcs sont proposés pour l'ensemble des dépenses (164,750 francs).

Un contre-projet consiste à construire un *quartier d'aliénés* auprès de l'*établissement correctionnel et le dépôt de mendicité de Wunstorf*, qu'il s'agit aussi de transformer. Le quartier en question serait édifié pour aliénés indigents sortis des asiles provinciaux, mais ne pouvant être abandonnés sans soins. Le comité provincial a, dans ce but, fait don d'un terrain voisin de cet établissement, qu'il a acheté 9,500 marcs (11,875 francs); on y édifiera un pavillon pour 80 malades, on agrandira les locaux administratifs de l'établissement; on construira un édifice destiné à l'installation de bureaux et à l'habitation d'un surveillant en chef. 104,000 marcs (130,000 francs) sont demandés. C'est adopté. (*Allg. Zeitsch f. Psych.*, LI, 1.) P. K.

Nouvel asile de Saxe.

Le *nouvel asile d'aliénés régional de Zschadras*, près de Colditz, qui a coûté 1 million et demi de marcs (1,875,000 francs), touche à sa fin. Le 1er juillet, il formerait un établissement séparé et recevrait dans les 16 pavillons, construits comme autant de villas en briquetage, 400 aliénés environ. Eclairage électrique, jardins, c'est un asile modèle. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, LI, 1.) P. K.

Nouvel asile de la province du Rhin.

Assistance en liberté des aliénés. — Nouvel établissement près de Lüttringhausen. Propriété de 144 arpents, avec belle forêt de chênes et de pins. Les constructions coûteront 500,000 marcs (625,000 francs). On y placera d'abord 200 malades des deux sexes, à partir du 1er avril 1896. C'est une tentative qui reste entre les mains du directeur régional, avec l'assistance d'un conseil d'industriels et de commerçants, du moins pour développer les éléments de

cette fondation. L'exploitation sera confiée à la Société évangélique des missions intérieures. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, LI, 1.) P. K.

ASILES D'AUTRICHE.

L'encombrement de l'asile des aliénés de Niedernhrst a engagé le comité régional à construire un asile agricole (21 novembre 1893). On achèterait le château de Gschwendt, pour 50,000 florins (125,000 f.) avec le terrain convenable. On aura certainement à drainer, aussi vaudrait-il mieux faire une nouvelle construction pour 150 malades. Malgré cela, l'assemblée décide d'acheter le château. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, LI, 1.) P. K.

GUÉRISON PRÉTENDUE MIRACULEUSE.

Nous lisons le passage suivant dans les *Notes pour servir à l'histoire de Guéraude* (1894) :

« Dans le courant de l'année 1654, une religieuse paralytique désespérait de sa guérison lorsqu'elle eut l'idée, pour l'obtenir, de s'adresser au vénérable frère Jeau de Saint-Samson, carme breton. Aussitôt après l'application d'une parcelle de la tunique du Saint, elle se leva subitement guérie. Toutes les circonstances de ce notable événement furent consignés dans un acte authentique dressé le 5 septembre de ladite année[1]. »

[1] Albert de Morlaix. — *Vie de Saint-Samson.*

BECHTEREW (W.). — *Die Bedeutung der Frenkel'shen Methode bei der Behandlung von Tabes dorsalis.* — Feuillet in-8° de 2 pages. — Leipzig, 1894. — Veit et Comp.

BECHTEREW et HOLZINGER. — *Die sensiblen Bahnem im Rückenmarck.* — Feuillet in-8° de 2 pages. — Leipzig, 1894. — Veit et Comp.

BECHTEREW. — *Zur Frage über den Einfluss der Himrinde und der Schlügel auf die Schluckbewegungen.* — Brochure in-8° de 2 pages. — Leipzig, 1894. — Veit et Comp.

BECHTEREW et OSTANKOW. — *Ueber der Einfluss der Grosshirwinde auf den Schluckact und die Athmung.* — Feuillet in-8° de 4 pages. — Leipzig, 1894. — Veit et Comp.

FRIEDMANN (M.). — *Ueber den Wahn eine Klinusch-Psychologische untersuchung. Nibst einer darstellung der normalen intelligenznorgäng.* — Volume in-8° de 196 pages, avec 6 figures. — Wiesbaden, 1894. — Librairie Bergmann.

GRASSET. — *Etiologie infectieuse de l'hystérie.* Leçons recueillies et publiées par Galavielle. — Brochure in-8° de 33 pages. — Montpellier, 1894. — Typographie Ch. Boehm.

Le rédacteur-gérant, BOURNEVILLE.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 1094

Vol. XXVIII. Décembre 1894. N° 94

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE MENTALE

ASILE CLINIQUE (SAINTE-ANNE). — M. MAGNAN.

DES DÉLIRES SYSTÉMATISÉS DANS LES DIVERSES PSYCHOSES [1].

DEUXIÈME LEÇON.

LE DÉLIRE CHRONIQUE A ÉVOLUTION SYSTÉMATIQUE [2].

SOMMAIRE. — *Délire chronique, type achevé de systématisation délirante. — Conception du délire chronique basée : 1° sur l'état mental primordial ; 2° sur l'évolution de l'affection tout entière. — Etat mental antérieur des délirants chroniques. — Genèse du délire : première période ou période d'inquiétude : Indécision, soupçons. Interprétations délirantes. Illusions.*

Deuxième période : Hallucinations de l'ouïe ; sa progression croissante : monologue, dialogue, écho de la pensée, hallucination psychomotrice. — Hallucinations du goût, de l'odorat, de la vue. — Troubles de la sensibilité générale. — Systématisation du délire plus étroite et modes de réaction.

OBSERVATION I. — *Délire chronique à la deuxième période : Hallucinations de l'ouïe : c'est le Parisien qui la poursuit. — Réactions : déménagements, tentative de suicide, menaces de mort.*

OBSERVATION II. — *Délire chronique à la deuxième période : Développement croissant de l'hallucination de l'ouïe : mono-*

[1] Voir *Archives de Neurologie*, n° 92.

[2] Leçon recueillie par M. le Dr Pécharman.

logue, dialogue, écho de la pensée. — Systématisation progressive du délire : on, ils, comité des ouvriers de la Belle-Jardinière, concierges. — Néologismes. — Troubles de la sensibilité générale : électricité, magnétisme.

Troubles de la personnalité. — Diminution de la résistance cérébrale.

Troisième période : Période des grandeurs. — Mécanisme des transformations. — Couleur du délire suivant le milieu social. — Délire non surajouté, mais effaçant peu à peu le délire des persécutions.

Observation III. — *Délire chronique au début de la troisième période : Modifications dans l'attitude, allusions à des richesses.*

Observation IV. — *Délire chronique à la troisième période : Hallucinations. — Idées ambitieuses systématisées.*

Quatrième période : Démence, Durée.

Messieurs,

Dans la précédente leçon, nous avons posé la question des délires systématisés dans les psychoses; nous avons indiqué leur participation, au seul titre d'éléments symptomatiques, à des espèces nosologiques différentes bien définies. Or, le *délire chronique* est formé d'une succession de délires parfaitement systématisés; il rapproche, en sa lente et fatale évolution, toute une série d'états psychopathiques, considérés jusqu'ici comme des maladies distinctes, des monomanies (démonopathie, délire des persécutions, mégalomanie, théomanie, etc.), et qui ne sont en réalité que des événements épisodiques d'une maladie plus profonde. Type achevé de systématisation vésanique, le délire chronique doit comme tel, occuper la première place dans une étude d'ensemble des délires systématisés.

Entrevu déjà par Kant, Pinel, Esquirol, Guislain, le délire des persécutions fut dégagé par Lasègue, en 1852, des autres formes mentales. Mais, je vous l'ai dit, le caractère du délire ne saurait à lui seul servir de base à la création de groupes cliniques homogènes. Il faut connaître à la fois, pour fixer un type morbide, l'évolution de la maladie tout entière et l'état mental sur lequel elle est née. Ces deux éléments fondamentaux, délaissés par Lasègue, sont précisément ceux qui nous

ont conduit à la conception du *délire chronique à évolution systématique*.

Lorsque le délire chronique apparaît, à l'âge mûr, de trente-cinq à quarante-cinq ans, le plus souvent à la suite de chagrins et de soucis, l'équilibre psycho-moral s'est jusque-là montré parfait chez les sujets atteints. Ce sont d'honnêtes mères de famille, dont la vie s'est écoulée régulière au milieu des soins du ménage; ce sont des hommes bien pondérés, sobres, intelligents, parfois instruits. Quelques-uns sans doute peuvent avoir des antécédents héréditaires; ils sont certainement des prédisposés; mais tout leur passé intellectuel et moral proteste en général, contre l'épithète de dégénérés qu'on voudrait leur appliquer. Arrivés jusqu'à la quarantaine sans que rien ait pu déceler, aux yeux de leurs proches, de trouble mental, ils n'entrent pas d'emblée dans la folie : une assez longue période les y prépare.

Le délire chronique débute, en effet, d'une manière insidieuse. La *première période*, *période d'inquiétude*, *d'incubation*, ne s'offre pas avec des caractères bien tranchés. Le sujet, peu à peu envahi par un malaise qu'il ne peut définir, devient soupçonneux, inquiet, préoccupé; il dort mal, perd l'appétit, montre moins d'aptitude pour ses travaux accoutumés; à cette phase de la maladie il pourrait être pris pour un hypochondriaque, si, loin de se croire malade, il n'était déjà prêt à accuser autrui de ses vagues souffrances. Il flotte, au milieu des idées qui l'assaillent, il hésite, il doute; il accepte les conjectures vagues où il se perd, les repousse, puis les admet encore. Constamment obsédé par ses préoccupations pénibles, sans cesse aux écoutes, il adapte d'abord les sensations auditives normales à ses tendances maladives; tantôt il surprend dans une conversation une phrase qu'il s'attribue : c'est l'*interprétation délirante;* tantôt il se trouve blessé par tel mot insignifiant, mais dont le son présente quelque analogie avec une injure grossière et qu'il confond avec celle-ci; c'est l'*illusion*. Dès lors, il observe tout, il épie tout. Une personne qui oublie de le saluer, un geste qu'il surprend, un voisin qui tousse ou qui crache, une porte qui s'ouvre ou se ferme, un regard, un sourire, les chants des gamins, les cris des oiseaux, mille riens lui servent de prétexte pour lancer son imagination exaltée à travers une série embrouillée d'interprétations maladives. Mais cette pensée tenace, continue, toujours la

même, cette pensée qui *écoute toujours*, irrite à la longue le centre auditif cortical. Quand l'éréthisme de ce centre est suffisant[1], la décharge a lieu; l'image tonale surgit, comme si elle était provoquée par une impression périphérique; et cette image, fruit de l'éducation des lobes temporaux par le lobe frontal, réagit à son tour sur les régions psychiques supérieures avec tous les caractères des sensations normales.

Le patient, constamment sur le qui-vive, s'est donc élevé par une genèse insensible de l'interprétation délirante et de l'illusion à l'*hallucination de l'ouïe;* et avec celle-ci, il est entré dans la *deuxième période* du délire chronique, celle des hallucinations multiples de nature pénible, des troubles de la sensibilité générale et du *délire de persécution*.

Le trouble sensoriel auditif ne se traduit au début que par des bruits indécis, des chuchotements, des « voix basses », des rires étouffés; puis il se précise, il s'affirme par l'audition du mot, de l'injure isolée, mais nette, indéniable; ce mot en appelle d'autres, et, par une complexité croissante, la phrase tout entière se constitue. Le centre auditif cortical devient plus excitable à mesure que progresse l'affection : il s'empare alors de tous les bruits extérieurs, et les rejette aussitôt à l'état d'images tonales, qui empruntent au délire naissant leur caractère injurieux. Les bruits rythmés ou continus, le tic tac de la pendule, les battements du cœur, le bruit des roues des wagons scandent des phrases agressives ou moqueuses. Les voix peuvent aussi se produire sans excitation sensorielle d'aucune sorte; le patient les entend aussi bien dans l'obscurité, dans la nuit, au milieu du silence le plus absolu. Elles viennent de tous côtés : du sol, du mur, du plafond; elles suivent l'halluciné en tous lieux; elles l'insultent dans la rue, comme chez lui, et, s'il se retourne, il ne voit personne. Ce sont bien là « ces voix hypnotiques » comme il les appelle, pour les distinguer des voix naturelles, ces « invisibles » si nombreux, qui ne lui laissent aucun repos.

Des mots, des phrases, des *monologues*, ne tardent pas à se produire en dehors du courant des idées du sujet; si bien que celui-ci, pensant à autre chose, est interpellé par ses ennemis. Il répond, et alors s'établit un *dialogue* entre le patient représenté par le lobe frontal, et l'interlocuteur cantonné dans le

[1] Tamburini. *Revue scientifique*, janvier 1881. — Magnan. *Leçons cliniques*, p. 241.

centre auditif temporal. Puis, ce centre sensoriel s'émancipe de plus en plus; il fonctionne en quelque sorte automatiquement, et le sujet assiste en auditeur étranger à des conversations interminables dont il fait lui-même tous les frais.

Toujours suivi, harcelé, provoqué par une foule d'ennemis invisibles, le malheureux n'a bientôt plus rien en lui qui soit caché pour eux; il s'aperçoit un jour avec étonnement que ses intimes pensées sont répétées, commentées, malignement jugées; et non seulement ses pensées, mais encore tout ce qu'il dit, lit ou écrit. C'est autour de lui comme un *écho* prolongé et continuel de sa pensée, de ses lectures, de ses écrits. Une malade que vous verrez aujourd'hui présente des phénomènes de cet ordre : « Si, dit-elle, je lis des yeux, j'entends aussitôt répéter ce que je lis; j'entends même la phrase entière avant que j'aie fini d'en comprendre le sens. » A ce moment le centre auditif cortical est dans un état d'éréthisme tel qu'à chaque vibration de l'écorce cérébrale, aussi faible et localisée soit-elle, il peut entrer en jeu : une excitation vient à peine frapper un centre sensoriel, visuel, gustatif, olfactif, etc., que l'image tonale appropriée aussitôt naît immédiatement dans le centre auditif et en sort, avant que le lobe frontal ait pu exercer son contrôle investigateur. La malade que je viens de vous citer entendait ainsi des phrases entières de ses lectures « avant même qu'elle ait fini d'en comprendre le sens ».

L'idée qui, à l'état physiologique accompagne l'acte, suffit de même pour éveiller, dans ce centre irrité, l'image auditive correspondante : les moindres actes du malade, surtout ceux qui ont rapport à sa toilette intime, sont épiés et aussitôt énoncés à haute voix par ses ennemis, comme l'ont été ses lectures, ses écrits, ses pensées.

En résumé, l'hallucination de l'ouïe, trouble sensoriel secondaire, né sous l'influence d'un trouble intellectuel primitif, s'est progressivement étendue : d'abord élémentaire, elle est devenue plus complexe, et par le mot, la phrase, le monologue, elle a atteint le dialogue et l'écho de la pensée. Cette hallucination, qui affecte habituellement les deux moitiés symétriques du sens de l'ouïe, peut parfois être *unilatérale :* le malade n'entend ses persécuteurs que par une oreille; l'excitation n'a frappé dans ce cas qu'un seul hémisphère. Parfois encore l'hallucination est bien *bilatérale, mais elle se montre avec des caractères différents suivant le côté affecté ;* les hallucinations

pénibles cantonnées d'abord dans une oreille que l'on pourrait appeler persécutée, tendent à diminuer à mesure que le délire se transforme et que se développent dans l'oreille opposée des hallucinations agréables. Ici chaque hémisphère agit séparément pour son propre compte.

A côté de ces modalités de l'hallucination de l'ouïe, prennent place des troubles spéciaux, moins sensoriels que psychomoteurs, les *hallucinations psychiques* ou *motrices verbales* : « des voix intérieures parlent silencieusement dans l'estomac, dans la gorge ; ce sont des voix qui ne sont pas des voix, qui ne résonnent pas aux oreilles. » Ces faits s'expliquent par la propagation au centre moteur du langage de l'excitation du centre auditif cortical (Baillarger, Séglas, Ribot).

Si les hallucinations auditives ne font jamais défaut dans le délire chronique, si elles en sont un des éléments symptomatiques les plus importants, elles ne sont pas exclusives des autres troubles sensoriels. Assez souvent, en effet, se montrent des *hallucinations* du *goût*, de l'*odorat* : les malades se plaignent des saveurs désagréables qu'ils trouvent à leurs aliments, des narcotiques qu'on verse dans leurs boissons, des odeurs empestées qu'on leur envoie. Les *hallucinations de la vue* sont rares en dehors de toute complication (intoxication, névroses, maladies organiques) ; les malades ne voient presque jamais leurs ennemis ; mais ceux-ci n'en manifestent pas moins leur haineuse animosité.

Les *troubles de la sensibilité générale* sont, en effet, très fréquents ; tantôt apparus en même temps que les hallucinations, tantôt les précédant, ces phénomènes jouent un rôle réactionnel des plus marqués. « Piqués par des jets de vitriol », « pilés par l'action magnétique », « dévorés en dedans par des rongeurs et des vampires », les malheureux cherchent à se soustraire à ces tortures et adoptent, dans ce but, les positions les plus bizarres. Tel s'enveloppe la tête de fichus et de châles, se voile la figure, se bouche les narines, se frotte le nez et les yeux, se remplit la bouche de papier ; tel autre, le corps plié en deux, applique énergiquement sa main sur le sommet de la tête pour entraver l'action « du rouleau qui est impliqué sur le crâne ».

Précautions superflues, car loin de diminuer, le champ des persécutions s'étend ; aux troubles de la sensibilité générale s'allient, surtout chez les femmes, des *hallucinations génitales*.

Les malades se plaignent qu'on les viole, qu'on leur introduit toutes sortes de corps dans le vagin, dans le rectum, qu'on prostitue leur bouche, qu'on coud leur anus, etc. Elles essayent de protéger leurs organes contre ces tentatives : une malade s'emmaillote tous les soirs; une autre se couche sur le côté, plaçant tout le bassin dans une marmite.

Arrivé à ce point de son affection, las de ces incessantes tortures, le patient n'est pas éloigné d'entrer dans la période des réactions dangereuses. Depuis longtemps, en effet, le doute a cessé pour lui; plus il a souffert et plus le *délire* de *persécution* s'est coordonné, s'est profondément implanté dans son esprit.

Illusions, interprétations délirantes, hallucinations de l'ouïe, troubles de la sensibilité générale, toute une accumulation de preuves sans cesse renouvelées sont venues lui affirmer clairement qu'une trame ténébreuse s'ourdissait autour de lui. Mais s'il est persécuté, il veut savoir quels sont ceux qui le persécutent ainsi, par quelles pratiques ils agissent sur lui et quel but ils poursuivent en le torturant. Sur ces nouveaux thèmes offerts à son imagination délirante son système d'idées de persécutions va chaque jour se précisant et se limitant davantage.

Au début, il désignait ses persécuteurs par des termes vagues et indéfinis. « Ils m'en veulent, on me poursuit, disait-il. » Puis, devant le nombre et la qualité des moyens de torture, son ignorance s'efface. Si ses ennemis mettent en œuvre pour lui nuire tout l'arsenal des découvertes modernes : physique, électricité, magnétisme, téléphones, microbes, etc., ou dans un autre ordre d'idées toute l'occulte puissance de la magie, de la sorcellerie, de l'enfer, il faut bien qu'ils aient en main de terribles pouvoirs. Il dénonce alors un groupe d'individus, une association quelconque, une société à laquelle son imagination attribue une influence sociale redoutable : francs-maçons, agents de police, jésuites, internationale, médecins, etc., etc. La jalousie, l'envie, la rancune, le besoin d'argent sont les mobiles ordinaires qu'invoque le malade pour expliquer cette poursuite acharnée. Il ne trouve plus dans la langue vulgaire des expressions applicables aux tracasseries qu'il subit; il en invente, il crée des *néologismes :* on l'*émétise*, on le *pestifère*, on le *naturalise;* il est la victime des *locustins*, des *optimistes;* il accuse la *désaucullation*, la *subjugation*. Chaque jour

il pénètre plus avant dans ce monde de sensations étranges, et chaque jour il s'efforce de percer ce mystère qui l'enveloppe. Bientôt il n'hésite plus, la lumière est faite. Il sait quel personnage déterminé est responsable de ses souffrances. Et si pendant longtemps il a fui ou s'est contenté de se défendre, dès maintenant il se lève, prêt à l'attaque.

Les *modes de réaction* varient, en effet, avec les périodes de son délire de persécution. Au début, il ne paraît songer qu'à éviter ses ennemis. Un malade déménage, quitte son atelier, ou son bureau, change de nom; un autre entreprend de lointains voyages (*aliénés migrateurs de Foville*); un troisième, craignant d'être empoisonné, fait lui-même sa cuisine, prend des soins extrêmes pour l'achat de ses aliments. Je vous ai parlé des singuliers procédés qu'ils emploient pour se soustraire à leurs tortures; mais celles-ci ne diminuent pas plus que les insultes; et à la phase de passivité succède la phase de défense active. Le malade s'adresse aux autorités, aux personnages en vue; il essaye par ses écrits, ses proclamations, de soulever l'indignation publique. On en voit qui portent leurs boissons, leurs déjections au laboratoire municipal, pour les faire analyser; d'autres se barricadent chez eux, tapissent les murs de journaux, doublent leurs portes de barres de fer, etc.; d'autres, mais en très petit nombre, lassés de soutenir une lutte inégale, ne voient plus de refuge que dans la mort. Excédé enfin par ces continuels outrages, le délirant chronique attaque à son tour : dans la rue il frappe un passant qu'il accuse de l'avoir injurié; chez lui, il guette ses ennemis le revolver au poing, il les épie, les surprend, les provoque, s'acharne après eux, les frappe ou les tue...

Telle est cette deuxième phase du délire chronique, pendant laquelle l'agitation intérieure, sourdement créée à la première période, n'a fait que grandir. L'*idée délirante de persécution*, seul horizon de cette conscience tourmentée, a pris corps; elle est maintenant solidement fixée dans sa forme; mais dans un instant, nous la verrons dissipée devant une forme nouvelle : l'*idée de grandeur*.

L'histoire des deux malades suivantes peut servir en quelque sorte d'illustration à l'exposé pathologique que je viens de vous faire. Vous y verrez sur quel terrain s'est élevée la psychose; vous y trouverez tous les détails de ses deux premières périodes.

OBSERVATION I. — *M... femme R..., quarante-trois ans, sans antécédents héréditaires; début à trente-deux ans; première période d'une durée de trois ans; deuxième période : hallucinations de l'ouïe, systématisation rapide; c'est le parisien qui la poursuit. Réactions, déménagements; tentative de suicide, menaces de mort.*

M... (Marie), femme R..., quarante-trois ans, est née de parents qui n'ont jamais rien présenté d'anormal. Petits cultivateurs dont la vie avait été toute d'ordre et de travail, ils sont morts, le père à soixante-treize ans, la mère à quatre-vingt-deux ans. Les trois frères sont en excellente santé physique et cérébrale.

Elle-même a toujours paru bien équilibrée, et si elle manque d'instruction, ses parents ne l'ayant pas envoyée à l'école, elle n'est pas dépourvue d'intelligence. Réglée sans difficulté à quinze ans, elle n'a jamais présenté de signes de nervosisme. Son adolescence s'est écoulée, comme son enfance, sans accidents : à vingt ans, elle a contracté une bronchite tenace; elle maigrit beaucoup, mais se rétablit au bout de huit mois, et il ne resta pas de traces de la maladie. Mariée à vingt-cinq ans (en 1876) avec un ouvrier mécanicien, elle loue une petite ferme qu'elle gère, tandis que son mari gagne régulièrement sa journée dans une scierie. La bonne harmonie règne dans le ménage, la vie est facile à cause du travail régulier des deux époux.

Cette heureuse existence durait depuis sept ans, quand en 1883, à trente-deux ans, elle croit s'apercevoir qu'on « monte la tête à son mari », qu'on lui fait des reproches sans nuls motifs; elle insiste pour qu'il quitte son usine, le pays même et vienne avec elle à Paris. Elle finit par décider son mari à partir, et, dès ce moment, elle se figure que le patron de celui-ci, mécontent, leur suscite des ennemis. Arrivée à Paris en 1886 (35 ans), elle paraît jouir pendant deux mois d'une certain repos; puis elle se plaint que les gens sourient sur son passage, crachent dans sa direction, lui tournent le dos quand elle entre dans un magasin, affectent de ne pas la regarder.

Bientôt (toujours en 1886) on murmure, on ricane en la dévisageant. Dans l'hôtel qu'elle gère, au Point-du-Jour, elle ne tarde pas à entendre des voix d'hommes et de femmes qui disent : « Vache, salope, putain. » Dans la rue les mêmes injures sont proférées par des passants inconnus. Huit mois après, le *on*, le *ils* indéterminés disparaissent. C'est la bonne d'en face qui l'épie et qui dit dès qu'un homme entre dans l'hôtel : « Encore un amoureux! » La malade reconnaît très bien sa voix, dans le concert des voix insultantes. Aussi l'interpelle-t-elle, mais la bonne feint l'étonnement, puis la traite de folle. Elle s'adresse alors à plusieurs reprises au commissaire de police : « il faut des témoins », répond celui-ci; « des témoins! mais on m'empêche d'en trouver! » s'écrie-

t-elle. Les voix continuent de se faire entendre de plus belle : « Je t'y ai fait entrer, je t'en ferai sortir, » dit la voix de la personne qui lui a procuré la gérance de son hôtel. De guerre lasse, craignant d'être renvoyée comme une « voleuse », comme une « femme de mœurs légères », car on dit à son mari « maquereau, cocu, etc. », elle quitte cette gérance, position cependant très avantageuse pour elle, et va habiter dans une autre rue. Les injures continuent; elle déménage de nouveau, précaution inutile, car les persécuteurs la suivent partout, et les commissaires de police auxquels elle s'adresse, ne la protègent point.

Depuis environ dix-huit mois, elle sait que son principal persécuteur est « le Parisien ». C'est un rentier, qui habite la même rue. Il est âgé d'environ quarante-deux ans; il est châtain, assez grand, tout rasé, ce qui lui permet de s'affubler d'une fausse barbe et d'une perruque. Malgré ce travesti, elle le reconnaît (*illusions*). Le Parisien la fait insulter par des ouvriers, par des marchands, en les menaçant de les priver de travail. Il parle tantôt d'une voix forte, tantôt d'une voix faible. A l'aide d'une glace il voit tout ce qu'elle fait. Son but est de la détourner de ses devoirs conjugaux : « Je veux t'enlever, je te ferai insulter jusqu'à ce que tu viennes, » dit-il. Et, en effet, au début de 1893 les injures redoublent. Alors, harcelée, n'y tenant plus, ne pouvant se faire rendre justice, désespérée de l'indifférence de son mari qui ne l'écoute pas, elle se jette à la Seine (mars 1893); le Parisien, qui la suit partout, la suppliait de ne pas se tuer, et c'est lui qui, immédiatement, la fait retirer par un agent de police. Il lui avait dit d'ailleurs, répondant à ses menaces de suicide : « Tu ne pourras pas te noyer, je te ferai retirer vivante ! »

Après cet incident, les injures ne cessent plus. Un jour, au mois d'octobre, elle se plaint qu'une voisine, la femme d'un pilote, l'insulte en secouant des tapis à sa fenêtre : « Tu es une amoureuse, une vieille sorcière ! » Furieuse, elle braque sur elle un revolver chargé, et, arrêtée pour ce fait, elle est amenée à l'infirmerie du Dépôt.

A l'asile, les hallucinations persistent; le Parisien lui parle sans cesse, lui conseillant toujours d'abandonner son mari. Elle se demande si les autres malades ne sont pas payées pour lui dire des sottises. D'ailleurs, réticente, elle a une attitude réservée : « Je n'ai rien à dire, puisque vous ne me croyez pas. »

Observation II. — *O... veuve F..., cinquante ans. Père déséquilibré, mère bien portante. Bonne santé jusqu'à quarante-trois ans. Première période de trois ans. — Deuxième période : développement croissant de l'hallucination de l'ouïe; monologues, dialogue, écho de la pensée. Systématisation progressive du délire; on; ils; Comité*

des ouvriers de la Belle-Jardinière; concierges. Néologisme. Troubles de la sensibilité générale : électricité, magnétisme.

O... (Henriette), veuve F..., est âgée de cinquante ans. — Son père, né dans l'aisance, épousa à dix-neuf ans une cuisinière âgée de trente-deux ans; joueur, ivrogne et débauché, il ne tarda pas à gaspiller sa fortune; de chute en chute, il en fut bientôt réduit à venir à Paris s'embaucher comme manœuvre; puis, las de cette vie de travail forcé, il partit pour la Californie, allant à la recherde l'or, et disparut. Sa mère, au contraire, était une femme de sens et de caractère; elle ne fut pas abattue par l'abandon de son mari, et se consacra tout entière aux cinq enfants qu'il lui laissait; économe, ordonnée et sage, elle put élever sa petite famille et mourut à soixante-douze ans de congestion pulmonaire. Deux des sœurs de la malade, et un de ses frères étaient alcooliques; ce dernier, d'un naturel violent et impulsif, s'était engagé dans l'armée carliste, à la suite d'une discussion avec sa famille. Un deuxième frère, encore vivant, est travailleur, mais enclin à boire, et souvent en ébriété.

Notre malade paraît avoir été la forte tête de la famille; à treize ans elle quitta l'école où elle s'était montrée intelligente et studieuse, et entra en apprentissage comme ouvrière culottière. Elle arrive rapidement à gagner sa vie, et peut venir en aide à sa mère. A vingt-trois ans, elle épouse un ouvrier serrurier. L'accord est dans le ménage, l'aisance y rentre presque, mais l'homme est tuberculeux, et meurt au bout de trois ans. Il avait donné à sa femme trois enfants qui moururent eux-mêmes en bas âge d'affections bacillaires. Douloureusement attristée, Henriette ne perd pas courage; elle revient auprès de sa mère et se remet au travail. Ouvrière régulière et rangée, elle ne change que très rarement d'atelier, et elle demeure pendant six ans au service de la Belle-Jardinière. Femme d'ordre et d'humeur égale, elle vit heureuse et tranquille jusqu'en 1886. Son développement physique n'avait été troublé, de l'enfance à l'âge mûr, par aucun accident; la seule affection à noter, durant cette longue période, est une pneumonie qu'elle contracta en 1873, à vingt-neuf ans, mais qui ne fut suivie d'aucun trouble intellectuel.

En 1886, à quarante-trois ans, elle s'installe auprès d'un de ses beaux-frères, veuf depuis peu; elle pensait pouvoir lui être utile dans la surveillance de sa maison et la gérance de son commerce. Mais bientôt elle s'aperçoit que les gens du quartier rient quand elle passe, et crachent dans sa direction. Ce sont là des « moqueries », des « cancaneries » dont elle ne se croit d'abord pas l'objet, et si elle voit les sourires, elle n'en comprend pas encore la signification. Cependant les ennuis continuent. Les ouvriers la dévisagent au sortir de leurs ateliers; ils ne parlent pas, ils ne font que

chuchoter sur son passage, « rigoler, se moquer ». Un jour, une femme entre dans sa boutique, et lui demande l'adresse d'une garde-malade. Henriette y voit tout de suite une allusion à son beau-frère, qu'on veut ainsi lui désigner comme un malade, comme un imbécile. C'est donc à sa situation équivoque auprès de celui-ci que sont dues toutes ses misères. Elle abandonne aussitôt la place et s'enfuit aux Batignolles; mais là encore *on* monte des cabales contre elle, *on* l'empêche de trouver du travail. Elle pense que peut-être les concierges sont les coupables. Elle va s'en plaindre au commissaire. Rien n'y fait, et elle se voit contrainte une seconde fois de quitter un logement qui lui plaît (1888). A la place Malesherbes, où elle habite ensuite, ce sont les mêmes sourires moqueurs, les mêmes chuchotements, les mêmes crachements en sa présence. De nouveau elle déménage, et va demeurer rue du Mail.

Henriette a alors quarante-cinq ans; il y a bien près de trois ans que la période d'inquiétude a commencé. Maintenant les persécuteurs ne se contentent plus de faire des signes; ils commencent à parler sur son passage. Ce ne sont d'abord que des mots murmurés sourdement, puis, peu à peu, ces mots s'accentuent, et ne tardent pas à prendre la forme des plus grossières injures : « Vache, salope, putain. » Devenant ensuite plus audacieux, ses interlocuteurs l'interpellent avec violence et longuement; elle répond sur le même ton, et elle a des disputes fréquentes avec le concierge, les voisins, les passants qu'elle a pris pour ses insulteurs. Ceux-ci n'ont bientôt plus aucune retenue, et, la nuit même, ils font des allusions blessantes à sa vie passée, et émaillent leurs conversations de termes grossiers, à elle adressés, dit-elle, « sur un ton d'imbécillité ». Elle court alors par deux fois chez le commissaire qui lui répond d'un air narquois : « Il n'y a pas de délit! » — « Pas de délit, s'écrie-t-elle, indignée, quand on m'insulte sans cesse, mais c'est de l'escroquerie, du chantage! » A cette époque elle travaille rue du Croissant. Jusque-là elle n'avait pu dire avec précision quels étaient ses accusateurs. *On* l'injuriait, *ils* se moquaient. Il se fait alors un début de révélation : ce sont les typographes de la *France* qui, toute la journée, montent des cabales contre elle. Tout à l'heure nous la verrons préciser davantage encore. Malgré tout, elle veut résister; elle est décidée à ne plus changer de logement; mais le propriétaire, devant ses continuelles excentricités, la renvoie par exploit d'huissier.

Elle se réfugie rue de Savoie. Nous sommes en 1889. La malade a quarante-six ans. Les troubles de la sensibilité générale font leur apparition. L'électricité, le magnétisme, le téléphone lui font presque éclater la tête. Par le magnétisme on l'empêche de laver sa vaisselle, on la lui fait tomber des mains et casser, on l'endort, les fenêtres ouvertes. L'électricité part de la tour Eiffel, et, grâce à

des fils conducteurs, peut l'atteindre en tous lieux et en tous points du corps; on lui rôtit ainsi l'estomac, le dos, les bras, etc. Ce n'est pas seulement par l'électricité qu'on essaye de lui nuire; un jour qu'elle venait de donner du lait à son chat, elle voit celui-ci sauter, courir, bondir à travers la chambre, après avoir bu : le lait n'était certainement pas naturel et elle le jette. L'interprétation délirante marchait de pair, comme on voit, avec les troubles sensoriels. Un jour, au mont-de-piété, elle sent tout d'un coup comme une brûlure à la tête, elle se retourne vivement et voit le tuyau par lequel passe le téléphone. Dès lors elle comprend, c'est par le téléphone qu'on la tracasse et qu'on l'injurie. Elle reconnaît la voix de ses insulteurs. « Tiens, se dit-elle parfois, c'est un tel. » « On dirait la voix de la mécanicienne Marie. » Puis c'est le comité des ouvriers et locataires de la Belle-Jardinière qui se fait entendre. Les voix lui disent : « Achète-toi un fumigore. » Le fumigore est le téléphone de poche, grâce auquel on peut communiquer de tous côtés. Elle court au bazar Napoléon, mais les vendeurs « tous électriciens » lui en demandent un prix exorbitant, pour l'empêcher d'en posséder un; elle sait cependant que le fumigore ne vaut pas plus de 2 fr. 25.

Les plaintes aux commissariats s'accumulent, et les persécutions ne diminuent pas. Elle change encore une fois de logement (1892) à la suite d'une violente altercation avec son concierge, qu'elle accusait d'être entré dans le complot. Rue Guénégaud, où elle va loger, elle reconnaît bien vite que ses persécuteurs l'on suivie; le comité de la Belle-Jardinière est là qui lui envoie de l'électricité et l'injurie; mais ici encore le *concierge* est le plus acharné. A la suite de nouvelles plaintes qu'elle adresse à la police, elle est conduite à l'infirmerie du Dépôt, et elle entre à Sainte-Anne le 6 novembre 1892, à quarante-neuf ans.

A l'asile, ni les hallucinations, ni les troubles de la sensibilité générale ne s'atténuent. Les malades la *chinent*, lui *font la scie*, la *jardinent*, l'appellent pourrie. Tout le *catéchisme poissard* y passe.

Les voix sont parfois si nombreuses qu'elle n'entend qu'un « brouhaha »; c'est, dit-elle, de l'*anonyme*. Toutes les infirmières ont des téléphones dans leurs poches; l'on entend partout des voix s'entre-croiser dans l'espace : le téléphone de la préfecture n'est pas étranger à leur propagation. Interrogée à plusieurs reprises sur la véracité de ses hallucinations, elle répond un jour : « J'aurais le cou sous la guillotine, que je ne cèderais point, j'entends très bien tout cela »; et une autre fois : « Ces voix, vous les entendez aussi bien que moi. » Elle a très nettement l'*écho de la pensée;* elle entend répéter ce qu'elle pense, ce qu'elle dit, ce qu'elle écrit; « on reproduit en phrases sa façon de penser. » Si elle pense à son beau-frère elle entend aussitôt une voix dire : « Il est fou. » Et elle conclut : « Ne serait-on pas revenu au temps des sorciers? » Si elle lit des yeux, elle entend aussitôt ce qu'elle lit; elle entend même

la phrase entière avant qu'elle ait fini d'en comprendre le sens.

Parallèlement à ces troubles hallucinatoires, les troubles de la sensibilité générale vont leur train, l'électricité la tracasse nuit et jour; l'eau qu'elle boit, la flanelle qu'elle porte sont électrisées. Un matin elle demande une purgation pour la délivrer de cette électricité qui est en elle; une autre fois elle se plaint d'avoir senti (mais non vu) la tour Eiffel flamber sur sa tête.

Elle réagit, comme au dehors, contre ces tortures; elle essaye de se défendre contre l'électricité en s'enveloppant la nuit dans des couvertures; elle écrit fréquemment pour réclamer sa sortie, car elle est fatiguée de vivre dans la *roulerie*. Par moments elle devient réticente et refuse de répondre, car elle est persuadée que les médecins ont intérêt à la retenir et à la persécuter. « N'êtes-vous pas honteux, nous dit-elle, de charcuter les gens comme cela? »

Elle commence enfin à se demander pourquoi on l'a ainsi persécutée; mais elle ne peut répondre. Il se pourrait, toutefois, que la jalousie en fût le mobile, et elle se dit : « Est-ce parce qu'un riche bienfaiteur payait mon loyer ? »

A cette phase de l'affection, le malade est souvent pâle, anémié ; il souffre de névralgies, se sent plus faible. L'inanition, l'insomnie, toutes les épreuves douloureuses auxquelles sa sensibilité morale est sans cesse soumise, cette manière de surmenage de ses centres sensoriels ont eu leur contre-coup sur l'état général.

Malgré tout, la mémoire persiste, l'intelligence est le plus souvent intacte; le malade parle encore et écrit avec les apparences de la raison. Et cependant, à mesure que son délire s'est coordonné et stéréotypé (période de cristallisation de Falret), sa *personnalité* a parfois commencé à subir des altérations profondes. Ces lésions de la personnalité sont dues, moins aux troubles sensoriels hallucinatoires qu'aux troubles de la cénesthésie, des sensations organiques, « de ces incitations obscures qui, des profondeurs de l'organisme, arrivent aux centres nerveux » (Ribot). L'apparition dans la conscience d'un faisceau de sensations internes insolites, sans rapport avec les éléments constitutifs du moi normal, tend à réaliser une personnalité nouvelle qui coexiste avec l'ancienne. Le malade se plaint qu'on lui a changé sa peau, sa chair, son goût, ses yeux, qu'on soutire sa cervelle, qu'on lui enlève son caractère, qu'on fait entrer des têtes malades dans la sienne, que deux individualités coexistent en lui-même. Une malade est persuadée qu'une autre femme habite en elle, et se substitue à

elle dans ses relations conjugales; un homme croit que sa fiancée s'est glissée en lui par la région temporale, en le *temporalisant*, et que tous les points de ce corps de femme sont exactement superposés à son corps d'homme, etc., etc.

C'est que déjà l'intelligence fléchit, la résistance cérébrale diminue sous la double poussée de l'âge (athérome) et de la longue concentration délirante. A ce moment même, le *délire des grandeurs* va succéder au *délire des persécutions*.

Pinel, Spielmann, Renaudin, Morel avaient déjà remarqué que certains persécutés devenaient un jour ambitieux. Foville, en 1871, confirma ce fait et le précisa cliniquement; mais, à côté des malades qui se transforment, il plaça, sans les en distinguer, des sujets qui sont d'emblée ambitieux et persécutés ou simplement ambitieux. Il ne vit pas que les sujets seuls qui ont progressivement évolué de l'idée de persécution à l'idée de grandeur, sont précisément ceux qui ont versé dans la folie sur le tard, après une existence normale, qui, longtemps inquiets, soupçonneux, n'ont toutefois accepté qu'en luttant l'idée délirante, et l'ont amenée avec lenteur et méthode à sa pleine inactivité.

Je ne referai pas aujourd'hui l'histoire de cette troisième phase de l'affection : nous la trouverons ailleurs[1]. Que l'idée de grandeur surgisse à la suite d'une déduction logique (Foville), qu'elle soit le produit d'un accident fortuit ou d'une hallucination révélatrice; qu'elle soit plutôt l'extériorisation, au moment le plus favorable, quand le cerveau commence à faiblir, d'une pensée latente (Camuset, Garnier), il n'en reste pas moins ce fait clinique absolu qu'à une certaine époque de sa maladie, le délirant chronique devient de persécuté, ambitieux. Le paria, la victime est maintenant un personnage illustre, un chef d'Etat; il se dit fils de Napoléon, de Louis-Philippe, etc.; il exige les millions qui lui sont dus, se proclame de « race infaillible et triplement royale », etc. Ce délire ambitieux, comme le délire des persécutions qui l'a précédé, emprunte ses couleurs au milieu social dans lequel vit le malade, à ses croyances, à son instruction. Possédés, incubes, succubes, démonopathes devenaient jadis théomanes, prophètes, antéchrist; les électrisés, les hypnotisés, les persécutés de nos jours font place aux empereurs, aux présidents de

[1] Magnan. — *Leçons cliniques*, 278.

République, aux inventeurs, etc. Certains malades même, associant les superstitions du passé aux découvertes scientifiques modernes, montrent d'une façon très nette leur double éducation dans deux milieux différents. Mais sous quelque couleur que se présente le délire, il n'y a là qu'un fait accessoire qui ne doit pas en imposer au clinicien; le fait capital consiste uniquement dans la transformation des idées de persécution en idées de grandeur; et ce qu'il faut considérer, c'est, non pas la couleur du délire, mais son évolution.

Et dans ce délire des grandeurs qui vient donner à la maladie une caractéristique nouvelle, il y a plus qu'un *délire surajouté* (Falret). Une personnalité toute différente s'est fait jour, car dès ce moment les idées de persécution s'effacent et disparaissent devant les idées de grandeur. Celles-ci ne sont pas toujours très accentuées; elles ne se manifestent parfois (Marandon de Montyel, Camuset) que par un optimisme exagéré du malade, par la conviction qu'il a de posséder un pouvoir surnaturel. Souvent elles sont dissimulées (Falret, Doutrebente, Briand), mais, ces réserves faites, on peut dire qu'elles se manifestent maintes fois au dehors par des allures caractéristiques. Le malade cesse de se plaindre, il se compose une attitude pleine d'ironie et de dédain. Il s'accoutre d'ornements étranges, indices de sa dignité et de son rang; il parle avec hauteur ou garde un silence plein de mépris; s'il entend encore des voix, c'est à des distances prodigieuses et parce qu'il est doué d'une ouïe exceptionnelle; s'il a encore des ennemis, il peut les « broyer d'un coup de mâchoire », etc.

(*A suivre.*)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU ROLE DES IDÉES FIXES DANS LA PATHOGÉNIE DE LA POLYURIE HYSTÉRIQUE;

Par A. SOUQUES,
Chef de clinique des maladies nerveuses, à la Salpêtrière.

Il y a trois ans, MM. Debove, Ballet, Babinski et Mathieu communiquaient à la *Société médicale des hôpitaux*[1] une série

[1] *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1891, p. 421, 568 et 582.

d'observations de polyurie hystérique, pour attirer l'attention sur sa fréquence et ses caractères propres. Cette question a été reprise l'an dernier par M. Mathieu[1] et surtout par Ehrhardt[2] qui en a fait une étude d'ensemble très remarquable. Il est certain qu'avant 1891 plusieurs observations de même ordre avaient été mentionnées, mais il est non moins certain que la plupart de ces faits, déjà anciens, laissent un doute dans l'esprit. Assurément l'hystérie y est indubitable, mais il faut avouer que la nature hystérique de la polyurie n'en ressort pas avec la même certitude. Il manque à tous ces faits le critérium signalé par M. Babinski. Faire varier la polyurie par suggestion, la faire disparaître et réapparaître, tel est ce critérium qui enlève tous les doutes et établit la nature hystérique du syndrome, même quand les stigmates habituels de la névrose font défaut.

Nous avons eu l'occasion d'observer un cas de polyurie dont nous allons rapporter les détails. Il nous servira de témoignage pour avancer que la plupart des observations de polyurie nerveuse, *sine materia*, relèvent de l'hystérie, et que l'origine de la polyurie hystérique doit être recherchée dans une idée fixe.

Auguste Drug., trente-sept ans, bijoutier, entre le 12 mai 1894, à la Salpêtrière, dans le service de M. Brissaud.

Ses antécédents héréditaires sont intéressants à souligner. Du côté maternel, on trouve le rhumatisme déformant chez la mère, la goutte chez le grand-père et chez un oncle, l'hystérie convulsive chez une tante. Du côté paternel, par contre, aucune tare névropathique ou autre à signaler. Le malade est le seul enfant de sa famille; il avait un frère qui est mort de fièvre typhoïde. Jamais il n'a entendu parler de polyurie dans sa famille.

Drug. a eu, à l'âge de trois ans, des convulsions suivies de monoplégie brachiale droite. Il reste aujourd'hui des vestiges indubitables de cette ancienne paralysie spinale infantile, qui l'ont fait exempter du service militaire. De cinq à dix ans il a eu la scarlatine, la rougeole et une fluxion de poitrine. A l'âge de quinze ans, il est entré comme apprenti dans une grande maison de bijouterie où il est resté une vingtaine d'années. (Depuis deux ans seulement il travaille à son compte.) Il avait acquis dans son métier une habileté d'artiste; il gagnait facilement 15 francs par jour et dépensait sans compter. Son instruction, quoique primaire,

[1] A. Mathieu. — *La polyurie hystérique.* (*Revue neurolog.*, 1893, p. 522.)
[2] Ehrhardt. — *De la polyurie hystérique.* Thèse de Paris, 1893.

était assez étendue. Il dessinait bien et jouait de divers instruments de musique en mélomane.

Il a fait de larges *excès d'alcool*. Depuis douze ans, au moins, il boit en moyenne cinq litres de vin par jour, un petit verre de cognac à chaque repas et environ quatre absinthes par semaine.

En outre de cette ration habituelle, il se livrait assez souvent à de *copieuses libations*. Il avait remarqué qu'à la suite de ces « bordées », il était obligé d'uriner souvent pendant le jour qui suivait. Cette pollakiurie transitoire, éliminatrice des boissons ainsi ingérées, avait frappé son attention. Malgré cette intoxication chronique, traversée par de fréquents excès aigus, le malade ne présente pas les symptômes classiques de l'alcoolisme.

A l'âge de vingt-huit ans, il a eu un violent rhumatisme articulaire aigu qui a nécessité six mois de lit et trois mois de convalescence. En 1889, il s'endort un jour sur son bras et se réveille avec une paralysie radiale gauche, qui guérit au bout de trois semaines.

Pas de syphilis. Trois ou quatre blennorrhagies, la dernière, il y a une dizaine d'années.

Le *début de la maladie actuelle* remonterait au 4 novembre 1893. Il rentrait, dit-il, chez lui un soir, lorsqu'il a été assailli, avenue Parmentier, vers minuit, par deux malfaiteurs. Il a entendu trotter derrière lui et sans avoir le temps de se retourner, a reçu des coups de casse-tête sur le crâne, qui l'ont jeté à terre sans connaisance. Lorsque le lendemain, vers cinq heures du matin, il a repris ses sens, il s'est trouvé à l'hospice Saint-Louis, dans le service de M. Lucas-Championnière. On lui avait volé sa montre et son porte-monnaie. Il a été très étonné, en revenant à lui, de voir sa tête enveloppée d'un pansement. Ce retour à la connaissance a été de courte durée. Deux heures après, en effet, le malade était pris d'un délire qui aurait duré trois à quatre jours, accompagné de fièvre et d'hallucinations visuelles en rapport avec son agression nocturne. Sorti du délire, il n'a pas tardé à s'apercevoir qu'il avait une grande soif et de fréquentes envies d'uriner. Durant ses trois semaines d'hôpital, il a été tourmenté par des besoins impérieux de boire et de pisser, et s'est ingénié pour les satisfaire à l'insu du personnel. Il se levait la nuit pour uriner et pour boire au robinet; il souffrait cruellement de voir verser à boire à ses voisins; le simple bruit de l'eau le torturait. Jamais avant son agression il n'avait éprouvé chose semblable; il buvait et urinait comme tout le monde. Dix jours après l'accident, alors qu'il était encore à Saint-Louis, il aurait eu une attaque de nerfs, caractérisée par du tremblement et de la congestion du visage, précédés d'aura épigastrique et de strangulation et suivis de perte de connaissance. Depuis sa sortie, il aurait eu deux crises analogues.

Il est en effet sorti de l'hôpital au bout de trois semaines. La

plaie du cuir chevelu, qu'on avait suturée, était complètement guérie. Rentré chez lui, il mesure ses urines (15 litres en vingt-quatre heures) et en fait faire l'analyse. On n'aurait trouvé ni albumine, ni sucre, mais simplement un peu d'urée en excès. Nous n'avons pas eu sous les yeux le résultat de cette analyse. Depuis lors la polyurie et la polydipsie ont persisté sans modification, malgré divers traitements. Le taux des urines de vingt-quatre heures s'élevait à une vingtaine de litres, en moyenne.

Quelques jours après sa sortie, il a été pris de douleurs atroces dans la tête et dans l'oreille droite. Un écoulement purulent est survenu qui a duré trois semaines et qui a entraîné une surdité unilatérale. Cette surdité relève, d'après une note qu'a bien voulu nous remettre M. Gellé, d'une otite suppurée cicatrisée.

Etat actuel (mai 1894.) — D... est un homme d'apparence vigoureuse. Son crâne, très large dans le sens transversal, est aplati dans la région occipitale. On voit, au niveau de la région pariétale gauche, deux cicatrices linéaires, longues l'une de 3 et l'autre de 5 centimètres. La première commence à quatre travers de doigt au-dessus de l'oreille gauche, sur le plan biauriculaire; la seconde est située à 3 centimètres en arrière de la précédente. Ce sont les vestiges des coups de casse-tête. La peau est mobile à leur niveau et la voûte osseuse sous-jacente lisse et régulière. On aperçoit dans la région occipitale droite une cicatrice analogue, conséquence d'une chute faite vers l'âge de dix ans.

Le visage est symétrique, les cheveux et les dents bien implantés, la voûte palatine normale, l'oreille régulière.

Au membre supérieur droit se retrouvent les traces de la paralysie infantile. L'épaule est notablement atrophiée, au niveau du deltoïde et des sus et sous-épineux. Le trapèze et les pectoraux semblent respectés. Le membre n'est pas diminué de largeur mais il est atrophié dans son ensemble. Le bras mesure 5 centimètres de moins que celui du côté opposé; il y a 2 centimètres de différence à l'avant-bras.

Du côté du tronc et des autres membres, on ne constate rien d'anormal.

Comme troubles sensitifs, on trouve une hémianesthésie gauche très nette pour les différents modes de la sensibilité et une zone pseudo-ovarienne douloureuse du même côté. Cette zone ne réveille pas les phénomènes de l'aura, quand on la comprime. Les sens sont intéressés : l'odorat et le goût sont très obnubilés du côté gauche; l'ouïe abolie à droite (otite suppurée) est normale à gauche. Le champ visuel est rétréci bilatéralement (70° à gauche et 80° à droite). Les pupilles égales réagissent normalement. Pas de paralysie oculaire, pas de lésions du fond de l'œil. Acuité

visuelle normale. Le malade se plaint parfois de voir trouble mais exclusivement à la suite de fatigues visuelles occasionnées par son métier de bijoutier. Enfin, il se plaint sans cesse d'une sensation de froid généralisé.

Mais ce dont il se plaint le plus c'est du besoin incessant de boire et d'uriner, la nuit comme le jour. Il a toujours soif, les lèvres toujours sèches, la bouche « comme un copeau ». Il faut qu'il boive à tout prix de l'eau fraîche et glacée de préférence. S'il essaie de se retenir, il éprouve un malaise général inexprimable. « Si je me retenais deux heures de boire, déclare-t-il, je crois que je deviendrais fou. » Il fait tous les soirs sa provision d'eau pour la nuit. L'hiver dernier, une nuit son eau s'est gelée, il est descendu vers trois heures du matin à la fontaine de la cour qui était également gelée. Alors, le voilà parti vers les Halles où il arrive au bout d'une demi-heure, en suçant des morceaux de glace qu'il cassait dans le ruisseau pour tromper sa soif. Il se précipite chez un marchand de vin et avale coup sur coup deux carafes d'eau. Cette soif inextinguible, en outre du supplice de Tantale qu'elle lui inflige, le gêne considérablement dans ses occupations et dans ses relations. Il a bien soin, quand il part en course, de boire avant son départ; il est néanmoins obligé de s'arrêter chez les marchands de vin. Pour éviter la curiosité qu'il éveille autour de lui et les ennuis qui en résultent, il ne s'arrête que chez des gens qui le connaissent et qui savent son infirmité. Lorsqu'il monte en omnibus, il est obligé de descendre, après un assez court trajet, pour satisfaire son besoin. S'il prend l'omnibus de Madeleine-Bastille, il est forcé de descendre en face du Gymnase. Le besoin de boire est, chez lui, tellement impérieux qu'il lui est arrivé deux ou trois fois, faute d'eau, de boire son urine. Il n'est jamais plus heureux que lorsqu'il peut boire à son aise, à plein seau, jusqu'à plus soif. Le besoin satisfait, il éprouve un soulagement très agréable, mais très court.

C'est surtout la nuit que le besoin de boire devient intolérable. Il est réveillé toutes les heures par la soif. S'il lui arrive de rester endormi une heure et demie, il éprouve une vive céphalalgie qui d'ailleurs disparaît, aussitôt le besoin satisfait. Il en résulte une insomnie très pénible. Les quelques instants de sommeil qu'il peut avoir sont traversés par des cauchemars : il rêve tout le temps (il ne rêvait pas, dit-il, avant son agression), de rixes, de coups, de blessures, de chutes dans des précipices sans fond. Après de telles nuits, les journées sont mauvaises : il travaille avec peine et a sans cesse des envies de dormir qu'il réprime, afin de se réserver pour la nuit.

La miction est tout aussi impérieuse que la soif ; elle est précédée de pesanteurs dans le périnée et la face interne des cuisses qui disparaissent dès que la vessie est vidée. Il est souvent obligé d'at-

tendre quelques secondes, avant de pouvoir uriner. Quelquefois cette attente se prolonge outre mesure et le met dans un état de surexcitation extrême : Le 29 mai, malgré des besoins pressants et des essais répétés, il est resté une heure sans pouvoir pisser et a été pris de vomissements, d'étouffements avec tremblement, d'une véritable attaque de nerfs. Il urine souvent un litre par miction.

Voici quelques détails sur la quantité et la qualité de ses urines. Toute supercherie a été évitée ; nous avons plusieurs fois fait uriner le malade devant nous ; l'urine encore dans ces conditions était physiquement et chimiquement analogue à celle des autres mictions. D'autre part, le malade a été étroitement surveillé par le personnel. De ce côté, on ne peut avoir aucune espèce de doute. L'analyse chimique des urines a été faite, pendant quinze jours consécutifs, par M. Yvon, que nous remercions de son obligeance.

Les urines émises, les boissons absorbées dans les vingt-quatre heures ont été ponctuellement mesurées ; les aliments et les excrément rigoureusement pesés.

Pendant un mois D... est resté en observation. Durant ce temps, le taux des urines de vingt-quatre heures a oscillé de 16 à 19 litres. Deux fois seulement il est descendu (au-dessous de 16), à 15l,500 et 14l,500. La quantité d'eau ingérée a été un peu inférieure au taux des urines, mais en tenant compte du vin, du café et de l'eau contenue dans les aliments solides, ce taux est atteint et même dépassé. Du reste, le malade n'a pas sensiblement maigri. Le 9 mai, il pesait, dit-il, 81 kilogrammes ; son poids était, le 8 juin, de 80 kilogrammes. Il est vrai que le régime de l'hôpital, différent du régime alimentaire qu'il suivait chez lui, peut parfaitement expliquer cette diminution de poids.

Un petit extrait du tableau, dressé par M. Yvon, donnera des renseignements suffisants sur la composition chimique des urines des vingt-quatre heures. L'urine est pâle à reflet verdâtre, à peine acide et de densité très faible. Elle ne renferme ni albumine, ni sucre.

	30 MAI	31 MAI	1er JUIN	2 JUIN
Volume.	14 lit. 1/2	17 litres.	17 lit. 200	18 lit. 400
Densité	1003	1002	1003	1003
Urée.	30,09	25,80	25,80	27,60
Acide phosphorique.	3,808	2,795	2,580	2,530
Chlorures	8,70	17,04	15,48	16,56

Cette urine, en somme, ne diffère de la normale, que par sa quantité d'eau et par sa faible densité. Il n'y a ni azoturie ni phos-

phaturie. Les *chlorures* seuls sont augmentés et encore assez peu, puisque dans l'urine normale des vingt-quatres heures, on en trouve 13 à 14 grammes. Sauf cette hyperchlorurie relative, qui a été signalée par Ehrhard et qui semble à peu près constante dans la polyurie hystérique, cette polyurie ne diffère par aucun caractère physique ou chimique des polyuries de toute autre nature.

Comme comparaison des ingesta et des excreta, le tableau ci-dessous suffira :

	4 JUIN	5 JUIN
Eau absorbée	15 litres.	17 lit. 500
Urines	16 —	18 — 100
Aliments solides :		
Potages, pain, viande, légumes, fromage	1 kilog. 650	1 kilog. 770
Excréments	750 gr.	750 gr.

Il faut ajouter à l'eau ingérée, le vin et le café, l'eau des potages et des aliments solides, qui n'ont pas été pesés.

Cette polydipsie et cette polyurie s'accompagnent d'un certain nombre de troubles des divers appareils.

Du côté de l'appareil digestif, sécheresse très pénible des lèvres et de la bouche. La langue est cependant humide, et les lèvres et la muqueuse buccale ont leur aspect habituel. La salivation est diminuée et le malade ne crache jamais. L'appétit est conservé, un peu exagéré même ; il n'y a toutefois pas de véritable polyphagie. L'estomac est un peu dilaté, les digestions bonnes. Les selles sont régulières, mais peu abondantes et jamais diarrhéiques.

Les diverses sécrétions sont diminuées ou supprimées. Ainsi D... ne se mouche pas une fois par semaine. Il ne transpire jamais. Sa peau n'est cependant pas très sèche.

Pas de troubles appréciables de l'appareil respiratoire.

De même l'appareil circulatoire n'est pas troublé. Le pouls égal et régulier bat à 76 ; la pression artérielle n'est pas notablement exagérée. Le cœur est normal.

La température axillaire est un peu abaissée (36,5), ce qui explique la sensation générale de froid qu'éprouve le malade et qui est très pénible et continuelle.

Au point de vue cérébral, ni vertiges ni céphalalgie. Insomnie très gênante. Les facultés intellectuelles, les aptitudes professionnelles, les goûts n'ont pas changé. Le caractère seul s'est modifié : le malade est triste, irritable, préoccupé de son infirmité et inquiet de son avenir.

Les réflexes sont normaux. Pas de troubles sphinctériens. Les désirs et les aptitudes génésiques n'ont pas faibli.

L'état général est satisfaisant. Le malade est pâle ; il a un pen maigri et ses forces physiques, dit-il, ont baissé. Cependant il presse des deux mains le dynamomètre vigoureusement, et plus même qu'un homme du même âge. Il a, en outre, été un jour de sortie de Belleville à Saint-Sulpice, aller et retour, sans éprouver aucune fatigue.

A partir du 13 juin 1894, D... est hypnotisé. Nous lui suggérons d'uriner moins. Dans le somnambulisme, nous avons su qu'il avait remarqué, qu'après un excès alcoolique aigu, il urinait beaucoup et souvent durant la journée suivante. Chaque fois qu'il faisait de fortes libations — la chose était fréquente — la même polyurie et pollakiurie transitoire attirait son attention. Peu à peu son idée s'était fixée sur ce fait.

Jusqu'au 14 juillet, le malade est hypnotisé et suggéré treize fois en tout. Du 13 au 16 juin, il a été hypnotisé chaque jour et le taux de l'urine a baissé quotidiennement d'un litre. Le 22 juin, après sept séances de suggestion, il n'urine plus que 7 litres. Du 22 au 30 juin quatre séances; le taux oscille entre 6 et 8 litres. Le 1er juillet, douzième hypnotisation; l'urination tombe à 5 litres le 2 juillet et à 3 litres et demi le 3. Enfin, le 4 juillet, le taux de l'urine atteignait 3 litres 200. Chaque suggestion a amené, le jour suivant, un abaissement du chiffre urinaire ; deux séances seulement ont été suivies d'une légère augmentation transitoire.

Du 10 juillet au 2 septembre, le malade n'a reçu aucune suggestion hypnotique ; ses urines ont été régulièrement mesurées et leur taux quotidien a oscillé entre 4 et 3 litres. Durant ce laps de temps, l'urination s'est élévée quatre fois à 5 litres (9, 18, 22 juillet et 20 août).

Progressivement, au fur et à mesure que la polyurie diminuait, la soif ardente, l'insomnie, les sensations de froid disparaissaient et les sécrétions nasale, salivaire se rétablissaient. En trois semaines, tout était à peu près rentré dans l'ordre.

Dès que le malade s'est senti amélioré et guéri, il est devenu ndocile. Se sentant capable de reprendre son travail, il a voulu quitter la Salpêtrière, le 2 septembre 1894. Il était aussi contrarié de ce que, pendant les vacances, on ne s'était pas occupé de lui. Nous n'avons pu, de ce fait, faire la contre-épreuve, c'est-à-dire lui suggérer d'uriner davantage et faire réaugmenter la polyurie.

Le malade dont nous venons de rapporter l'histoire est incontestablement un hystérisque. Ses attaques, son hémianesthésie, etc., nous dispenseront d'insister sur ce diagnostic.

Mais sa polyurie est-elle aussi de nature hystérique? Un argument péremptoire, la guérison par suggestion, permet de répondre par l'affirmative, sans qu'il soit besoin d'invoquer d'autres raisons.

Etant donné le traumatisme cranien originel, la première idée qui devait venir à l'esprit était celle d'un cas de polyurie traumatique. C'est, en effet, l'idée que nous avons tout d'abord partagée, faute d'un interrogatoire et d'un examen suffisants. Il est vrai que notre erreur n'a pas été de longue durée.

Une pareille erreur d'interprétation a été vraisemblablement commise plusieurs fois et maintenue indéfiniment. Il est toutefois difficile de faire la preuve d'une telle supposition, car les éléments indispensables à la critique font défaut dans la plupart des observations anciennes. Récemment M. le professeur Potain [1], parlant d'un sujet polyurique qui avait reçu une blessure à la tête, et peu de temps après éprouvé un refroidissement subit suivi de polyurie, s'exprimait en ces termes : « Il est probable que, si on analysait bien les faits de ce genre, on retrouverait fréquemment l'hystérie comme intermédiaire entre le traumatisme et la polyurie. » De même il s'agit, dans un cas de M. A. Mathieu [2], d'un sujet qui, ayant reçu des coups sur la tête, se mit à uriner abondamment (20 à 25 lit. dans les vingt-quatre heures). Et l'auteur ajoute : « Ce malade était hypnotisable, et j'ai pu faire baisser momentanément la polyurie par la suggestion pendant le sommeil provoqué. » Les faits de ce genre, que l'avenir multipliera sans doute, comportent par eux-mêmes un précieux enseignement. Ils permettent, en outre, de considérer comme discutable l'origine de certaines hyperdiurèses traumatiques, et de se demander si leur origine n'est pas hystérique, d'autant plus que l'hystérie mâle et l'hystérie traumatique sont restées méconnues jusqu'à ces dernières années, et que la polyurie peut être la seule manifestation actuelle de la grande névrose [3].

[1] Potain. — *De l'Hydrurie.* (*Semaine méd.*, 1894, p. 29.)

[2] Mathieu. — *La Polyurie hystérique.* (*Revue neurologique*, 1893, p. 524.)

[3] Loin de nous la pensée de suspecter l'existence et même la fréquence de la *polyurie traumatique.* Les recherches anatomo-pathologiques et expérimentales concordent pour en affirmer la réalité et l'authenticité. Grâce à ces recherches, nous sommes à peu près fixés sur le siège que doivent occuper les lésions pour produire l'hypersécrétion rénale. Depuis déjà longtemps, Trélat et Millard avaient mentionné la fréquence des hémorrhagies de la base chez les animaux assommés. Vulpian, Brown-

Les mêmes réserves s'adressent à la plupart des cas de polyurie alcoolique publiés jusqu'ici. Comment ne pas faire d'expresses réserves, à cet égard, quand on voit que presque tous les hystériques d'Ehrhardt « ont été des alcooliques avant d'être des polyuriques ». Plusieurs cas de polyurie simple, attribués par M. Lancereaux à l'intoxication par des essences d'absinthe, d'anis, de badiane, « doivent prendre place, dit M. A. Mathieu[1], dans les polyuries hystériques ». Du reste, M. Lancereaux[2] qui a contribué plus que personne, en France,

Séquard, Lepine, Westphal avaient signalé la fréquence de foyers hémorrhagiques, bulbaires, consécutivement à des coups appliqués sur la tête de cobayes. Consécutivement à des chocs répétés sur les parties antérieure et bregmatique du crâne, Duret ne trouva pas à l'autopsie des lésions au siège du traumatisme, mais des foyers hémorrhagiques dans le plancher du quatrième ventricule. Mais ce sont surtout les recherches de Kahler qui ont élucidé la question. Reprenant l'expérience fameuse de Claude Bernard qui n'avait obtenu qu'une polyurie transitoire, Kahler eut le mérite de produire une polyurie durable. Il s'était rendu compte, après de nombreux essais, qu'un lapin exclusivement nourri avec de l'avoine sèche, excrète en vingt-quatre heures une quantité constante (10 à 45 centimètres cubes) d'une urine acide, trouble, dont la densité varie entre 1,030 et 1,050. En possession de cet important terme de comparaison, il injecte dans le bulbe d'une cinquantaine de lapins, ainsi nourris, une petite quantité de nitrate d'argent en solution, l'union immédiate de cette substanee avec l'albumine des tissus devant empêcher l'action du caustique au delà du point directement atteint. Il réussit à provoquer ainsi, chez cinq lapins, une polyurie durable, caractérisée par une urine pâle, d'une densité moyenne de 1,006, dont le taux des vingt-quatre heures oscillait entre 500 et 200 centimètres cubes. Cette hyperdiurèse s'accompagnait d'une polydipsie considérable, puisque les lapins buvaient quatre à cinq écuelles d'eau, au lieu de se contenter d'une seule, comme avant l'injection. En outre, les animaux étaient en parfait état de santé et augmentaient même de poids. Il est, croyons-nous, impossible de mieux réaliser expérimentalement une polyurie traumatique analogue à celle de l'homme. En sacrifiant ces lapins, Kahler remarqua que c'étaient les lésions atteignant la partie caudale du pont et la partie ouverte de la moelle allongée, surtout celles situées tout près du corps restiforme, qui avaient provoqué l'hyperurination.

En dehors de ces données expérimentales, il importe de faire observer que plusieurs auteurs ont trouvé, à l'autopsie de sujets polyuriques, des tumeurs, des hémorrhagies et des ramollissements situés dans le bulbe ou dans son voisinage.

Il est certain, d'autre part, que des recherches expérimentales et anatomo-pathologiques ont montré, dans des cas de polyurie, l'intégrité du bulbe et l'existence de lésions traumatiques ou spontanées dans les hémisphères cérébraux, dans la moelle ou dans les nerfs périphériques. Si on place le centre de la polyurie dans le bulbe, ces faits en apparence contradictoires peuvent s'expliquer en admettant qu'un réflexe, parti de ces régions extra-bulbaires, vient aboutir au bulbe et détermine ainsi l'hypersécrétion rénale.

[1] Mathieu. — *Revue neurolog.*, 1893, p. 522.

[2] Lancereaux. — *De la Polyurie* (diabète insipide). Th. d'Agrég., 1869. — *Leçons de clinique médicale*. Paris, 1892, p. 467.

à faire connaître la polyurie dite essentielle, met l'hystérie en bonne place étiologique. Ainsi, dans sa thèse d'agrégation, la grande névrose est incriminée sept fois, sur 51 cas de cause connue, comme origine de l'hyperurination. Dans ses dernières leçons, il publie quatre nouveaux cas de polyurie alcoolique. Il fait expressément remarquer que trois de ces malades ont des attaques convulsives, hystériques, tout au moins chez l'un d'eux. Tout dernièrement encore, M. Déjerine[1] relatait une observation de polyurie hystérique chez un homme de vingt-neuf ans, grand alcoolique depuis l'âge de quatorze ans.

Nous ferons remarquer ici que notre malade est depuis longtemps un grand buveur et qu'il se livrait fréquemment à de copieuses libations. C'est à la suite des excès aigus qu'il a remarqué que, pendant plusieurs heures, il urinait souvent et beaucoup. Il a eu plusieurs fois par mois, l'occasion de faire cette remarque. Peu à peu son attention s'est trouvée attirée sur cette pollakiurie transitoire et éliminatrice. A l'état de veille, il n'en était pas trop ému, mais il déclare dans l'hypnose que ce fait l'avait assez vivement frappé. Il en est peu à peu résulté une idée fixe, subconsciente tout au moins. Le jour où, à la faveur d'une forte émotion, il est devenu franchement hystérique, cette idée s'est développée, a grandi, est devenue envahissante et a été l'origine d'une grande polyurie permanente. La formation de cette idée fixe et son évolution ne sont pas douteuses chez cet homme. Il est légitime de supposer que la polyurie des hystériques, antérieurement alcooliques, reconnaît une origine analogue.

C'est plutôt, à notre avis, dans les *excès alcooliques aigus* que dans l'alcoolisme chronique qu'il faut rechercher cette origine. Voici pourquoi. On sait que les boissons éthyliques, prises à dose modérée, activent la sécrétion urinaire. Cette sécrétion est très exagérée dans l'intoxication alcoolique aiguë. Il est reconnu, au contraire, que le taux de l'urination baisse dans l'intoxication chronique. Pour appuyer notre manière de voir, nous ferons remarquer que M. A. Mathieu a explicitement noté l'influence des excès alcooliques aigus dans *cinq cas* de polyurie hystérique : « Ces malades, dit-il, après une bordée plus ou moins prolongée, sont étonnés de voir qu'ils continuent à uriner en quantité excessive, alors qu'ont pris fin les

[1] Déjerine. — *De la Polyurie nerveuse.* (*Médecine mod.*, 1893, p. 650.

excès passagers de boisson auxquels ils se sont livrés. » Quoi qu'il en soit, c'est là un point qu'il serait intéressant de rechercher à l'avenir.

Nous avons tenu à insister sur la fréquence des excès alcooliques, dans les antécédents des polyuriques authentiquement hystériques.

Il serait logique de faire appel aux mêmes arguments, pour montrer qu'un certain nombre d'hyperdiurèses nerveuses, attribuées aux émotions, aux refroidissements, aux maladies aiguës, relèvent vraisemblablement de l'hystérie. Mais ici encore, plus que ci-dessus, les bases d'une critique rigoureuse font défaut.

Nous ne voulons pas dire que tous les cas de polyurie sans lésions dépendent de la grande névrose. Il y a, au moins, deux variétés de polyurie nerveuse qui restent irréductibles. Ce sont la polyurie héréditaire et celle des dégénérés [1], qu'on pourrait peut-être confondre en une seule espèce. Les observations n'en sont pas rares et nous ne rappellerons que celle de Weil. Il s'agit d'une famille composée, dans quatre générations, de 92 membres. L'auteur put obtenir des renseignements explicites sur 78 d'entre eux. Or, 23 de ces membres étaient polyuriques. Et les garçons qui n'avaient pas d'hyperdiurèse, présentaient tous un doigt surnuméraire. On pourrait faire observer que la plupart des hystériques, sinon tous, sont des dégénérés, et que nosographiquement la polyurie des hystériques et celle des dégénérés ne doivent faire qu'une. Mais cette déduction est très critiquable. Dans tous les cas, l'assimilation au point de vue clinique nous semble impossible.

En somme, il ressort de ces considérations que le domaine de la polyurie hystérique s'est singulièrement accru, aux dépens des polyuries alcoolique, émotive, traumatique, etc. En deux ans, on a observé 22 cas dans les hôpitaux de Paris. Sa rareté autrefois tenait simplement à notre ignorance de l'hystérie masculine et des agents provocateurs primordiaux de la névrose, tels que les émotions, l'alcoolisme, les traumatismes. Dans l'ignorance où on était de l'hystérie mâle, on n'en recherchait pas les stigmates chez l'homme. Or, presque tous les cas de polyurie hystérique récents et authentiques con-

[1] Consulter : Ballet. *In Thèse de Taboureau.* Paris, 1888, et *Soc. méd. des hôp.*, 1891. — Louis Guinon. *De quelques troubles urinaires de l'enfance. Thèse de Paris*, 1889. — Debost. *De la Polyurie chez les dégénérés. Th. de Paris*, 1892.

cernent des hommes. D'ailleurs, la présence de stigmates actuels n'est pas indispensable. M. le professeur Debove[1] a insisté sur l'existence d'une polyurie hystérique monosymptomatique et en a communiqué deux exemples. Le fait rappelé par M. A. Mathieu[2] est très instructif à cet égard : un jeune homme de vingt-cinq ans, ne présentant aucun stigmate d'hystérie, urine de 20 à 25 litres par jour. La thérapeutique habituelle n'amène aucun résultat. Un matin, Thiroloix lui fait administrer, à l'insu de tous, des cachets de sel marin en le persuadant de l'efficacité merveilleuse du médicament. Le taux de l'urine tombe à 3 litres. Donc, les observations anciennes de polyurie nerveuse simple, où la recherche des stigmates n'a pas été faite et où, en leur absence, la suggestion directe ou indirecte n'a pas été tentée, ne valent plus et restent sujettes à caution.

Nous arrivons maintenant à l'étude d'un point de la polyurie hystérique, sur lequel l'attention n'a pas encore été appelée, du moins à notre connaissance. Il s'agit du rôle pathogénique des *idées fixes* et de la manière de l'interpréter. Ehrhardt a bien relevé dans les antécédents de ses polyuriques les excès d'alcool et l'incontinence nocturne d'urine, mais il ne les a pas interprétés. « Dans les antécédents des malades, dit-il[3], nous notons *presque toujours* dans leur enfance de l'incontinence nocturne d'urine, qui se prolonge souvent assez tard, *mais n'est pour rien* dans l'éclosion de la polyurie qui ne débute que bien des années après. Ce trouble urinaire n'indique dans l'enfance qu'un état névropathique précurseur de l'hystérie, mais *sans aucune influence directe* sur la production d'une polyurie dans l'avenir.

« Il est à remarquer que presque tous nos malades ont été des alcooliques bien avant d'être des polyuriques. Il est évident que l'alcool a pu préparer le terrain pour le développement de la névrose et qu'il a joué le rôle d'agent provocateur de l'hystérie. »

Nous pensons, au contraire, que l'incontinence nocturne d'urine et les excès éthyliques sont pour beaucoup et ont une

[1] Debove. — *Soc. méd. des hôp.*, 1891, p. 574.

[2] Mathieu. — *Soc. méd. des hôp.*, 11 mars 1892.

[3] Ehrhardt, *loc. cit.*, p. 28. Sur 17 cas, en effet, rapportés par l'auteur, l'incontinence nocturne est signalée 8 fois et l'alcoolisme 16 fois dans les antécédents.

influence directe dans le développement de la polyurie durable des hystériques. Il est évident qu'un enfant, qu'un adolescent qui pisse au lit, a l'attention attirée, l'*idée fixée* sur sa triste infirmité. Les moqueries et les réprimandes d'une part, et d'autre part les désagréments, les ennuis et les inconvénients de cette incontinence, lui rappellent sans cesse le désagréable souvenir de ce trouble urinaire. Point n'est besoin d'insister sur ce chapitre. Que ce sujet devienne plus tard hystérique, cette idée fixe consciente ou subconsciente, pourra grandir, envahir l'esprit et devenir naturellement l'origine d'une hypersécrétion urinaire. Cette réaction s'impose presque chez un tel sujet, étant donnée l'existence d'une idée fixée depuis longtemps sur une anomalie de l'urination. La filiation, toute logique, est facile à concevoir. Les incontinents nocturnes urinent sinon plus, du moins plus souvent que les sujets normaux. Presque toujours, ils ont des besoins fréquents et impérieux pendant le jour. Or, uriner souvent ou uriner beaucoup sont deux choses que l'usage confond ensemble. L'enfant qui a de l'incontinence nocturne, qui a des mictions fréquentes et impérieuses diurnes, croit en réalité qu'il urine plus que normalement. L'enchaînement logique des choses doit le conduire plus tard à la polyurie. C'est du reste aujourd'hui un fait banal dans l'interprétation des accidents hystériques. Il est de règle que les hystériques aillent chercher, dans un souvenir frappant de leur passé, l'origine d'une manifestation actuelle. Or, on ne saurait dénier à l'incontinence nocturne d'être un fait saillant dans la vie et de laisser dans l'esprit un souvenir marquant.

Un raisonnement analogue peut être invoqué pour expliquer le rôle des excès alcooliques dans la production de la polyurie hystérique. Qui boit beaucoup urine plus et plus souvent qu'un sujet sobre. Il est logique de croire que cette hyperdiurèse, consécutive aux grandes libations, peut et doit devenir l'origine d'une idée fixe. La filiation des phénomènes est aisée à comprendre. Le cas que nous avons étudié ne laisse aucun doute sur ce point. S'il n'en était pas ainsi, comment pourrait-on expliquer la grande fréquence des antécédents alcooliques chez les hystériques polyuriques ?

Il est rationnel de supposer que les rares observations d'hyperdiurèse hystérique, sans incontinence nocturne ou sans alcoolisme antécédent, relèvent également d'une idée fixe d'origine génito-urinaire. Sur *une seule* des dix-sept observa-

tions étudiées par Ehrhardt, les antécédents d'alcoolisme ou d'incontinence font défaut. Or, il est dit que cet homme, de trente-cinq ans, avait eu plusieurs blennorrhagies, « une entre autres, l'année dernière, compliquée de *cystite* et soignée à l'hôpital du Midi. *Envies très fréquentes* d'uriner et urines sanguinolentes. Instillation de nitrate d'argent. » Ces détails, pris sans idée préconçue, sont très instructifs. N'est-il pas très naturel qu'une idée fixe, d'ordre urinaire, prenne origine au milieu de tels accidents?

C'est donc psychologiquement qu'il faut concevoir la polyurie hystérique. Cette interprétation est conforme, d'ailleurs, aux données générales que nous possédons actuellement sur la grande névrose. C'est là un point qui mérite d'attirer l'attention. Jusqu'ici, en effet, l'origine psychique des manifestations urinaires de l'hystérie n'a pas été explicitement démontrée. Il est vrai que, dans l'espèce, la recherche de l'idée fixe présente quelques difficultés. Raison de plus pour ouvrir le chapitre de l'hystérie vaso-motrice, au point de vue du mécanisme psychologique.

Mais comment une idée fixe d'ordre urinaire parvient-elle à réaliser cette polyurie? Qu'une anomalie de la sécrétion ou de l'excrétion urinaire attire et fixe l'idée d'un sujet, cela se conçoit aisément. Il est moins aisé de comprendre le mécanisme intime par lequel cette idée fixe aboutit à la polyurie durable. Il est logique de supposer qu'elle le fait en déterminant un trouble vaso-moteur du côté des reins. Si ce trouble vaso-moteur se localise sur les reins, c'est parce que ces organes sont, pour ainsi dire, désignés d'avance par une anomalie urinaire antérieure, telle que l'incontinence nocturne, l'hyperdiurèse transitoire des excès alcooliques, etc. L'intermédiaire obligé entre l'idée fixe et le syndrome urinaire semble donc être un trouble vaso-moteur localisé aux reins. Certains exemples de troubles vaso-moteurs localisés dans l'hystérie, provoqués par une idée, sont indiscutables. L'œdème, produit par suggestion, nous servira de témoignage et nous dispensera de plus longs commentaires, car ici le trouble vaso-moteur est visible, indiscutable et se fait, si on peut dire, sous les yeux de l'observateur qui a suggéré l'idée d'un gonflement œdémateux.

Si le trouble vaso-moteur rénal, déterminé par l'idée d'un ancien trouble quantitatif de la miction, ne peut être constaté par les yeux, on peut du moins le juger par ses conséquences,

c'est-à-dire par la polyurie. Ce qui prouve, au surplus, l'existence et le mécanisme d'un tel trouble, c'est, comme l'ont montré M. Babinski d'abord[1], et puis MM. Debove[2] et Ehrhardt[3] la possibilité de faire disparaître ou reparaître la polyurie à volonté, par suggestion hypnotique. L'observation de Thiroloix, rappelée plus haut, montre que la suggestion indirecte peut arriver aux mêmes résultats. N'est-ce pas là, entre parenthèses, la meilleure preuve qu'on puisse fournir du rôle des idées fixes dans la détermination de l'hyperdiurèse hystérique et de la thèse que nous défendons ici? Qu'est-ce que suggérer sinon fixer une idée sur un point donné?

Mais s'agit-il d'une action inhibitrice sur les centres vasomoteurs bulbo-médullaires d'où partent les nerfs vaso-moteurs du rein? Cette inhibition va amener la *vaso-dilatation* du système vasculaire rénal, augmenter l'élévation de la pression sanguine locale et produire l'hyperdiurèse. Ne s'agit-il pas d'une action dynamogénique sur les centres sécrétoires du rein? Mais l'existence des nerfs sécrétoires du rein, et par conséquent de leurs centres, n'est rien moins que démontrée. Il est donc beaucoup plus rationnel d'admettre la première hypothèse qui est conforme à l'état actuel de nos connaissances anatomiques et physiologiques, et qui est justifiée par ce que nous savons sur l'œdème hystérique.

Les résultats que nous avons rappelés, en parlant de la polyurie traumatique, font supposer que la lésion qui la produit doit siéger dans le bulbe. Les faits de polyurie organique par lésions, siégeant en d'autres points du système nerveux central et périphérique, s'expliquent dans cette hypothèse par un réflexe partant du point lésé pour aboutir au bulbe. Or, c'est précisément dans le bulbe que les physiologistes placent les centres vaso-moteurs. De quelle manière l'idée fixe, dans la polyurie hystérique, influence-t-elle ces centres? On peut supposer que l'idée fixe est le point de départ d'un réflexe cortical qui vient aboutir aux centres vaso-moteurs bulbaires du rein et les inhiber. La polyurie par suggestion légitime cette hypothèse, sans qu'il soit besoin de supposer un centre vasomoteur rénal, situé dans l'écorce cérébrale. Donc, en pensant

[1] Babinski. — *Polyurie hystérique. Influence de la suggestion sur l'évolution de ce syndrome.* (*Soc. méd. des hôp.*, 1891, p. 568.)

[2] Debove. — *Soc. méd. des hôp.*, 1891, p. 581.

[3] Ehrhardt, *loc. cit.*

anatomiquement et physiologiquement d'une part, en tenant compte des analogies d'autre part, on est autorisé à admettre une action inhibitrice psychique sur les centres vaso-moteurs rénaux, qui entraîne la vaso-dilatation, l'augmentation de la pression sanguine du rein et par suite la polyurie.

En résumé, si la pathogénie par idée fixe de la polyurie hystérique semble indiscutable, sa physiologie pathologique est, au contraire, tout hypothétique. Il ne peut en être autrement, puisque la physiologie de la sécrétion urinaire normale est encore sujette à discussions. Quoi qu'il en soit, on peut dégager des considérations précédentes ces deux conclusions :

1° La polyurie hystérique durable est beaucoup plus fréquente qu'on n'a cru. Plusieurs des anciennes observations de polyurie alcoolique, émotive, traumatique, etc., doivent aujourd'hui rentrer dans son cadre. Elle ne saurait cependant englober tous les cas de polyurie *sine materia*. La polyurie héréditaire des dégénérés, tout au moins, forme une catégorie distincte et irréductible ;

2° La polyurie hystérique est la conséquence d'une idée fixe d'ordre urinaire. Cette idée fixe a son origine dans l'existence antérieure, chez le sujet, d'un trouble urinaire pollakiurique ou hypersécrétoire (excès alcooliques aigus, incontinence nocturne d'urine, etc.). L'idée inhibe probablement les centres vaso-moteurs du rein, ce qui entraîne une vaso-dilatation rénale, c'est-à-dire la polyurie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES LOCALISATIONS MÉDULLAIRES DE LA SYPHILIS ET EN PARTICULIER DE LA MÉNINGO-MYÉLITE SYPHILITIQUE ;

Par H. LAMY[1]

Historique. État actuel de la question. — La syphilis médullaire n'a été l'objet que d'un nombre assez restreint de

[1] Note présentée à l'Académie de Médecine par M. le Dr François Franck (séance du 16 octobre 1894).

recherches, comparativement à la grande quantité de documents que nous possédons sur la syphilis cérébrale. Cette pénurie relative s'explique par des raisons multiples.

Outre leur fréquence moindre que celle des localisations cérébrales, les accidents spinaux sont beaucoup moins variés cliniquement que ceux-ci. La moelle n'a pas mille façons de réagir comme le cerveau; les myélites syphilitiques ont de grandes ressemblances avec d'autres myélopathies aiguës ou chroniques, et elles n'en ont pas toujours été distinguées.

La rareté des autopsies, pratiquées dans des conditions favorables d'observation, fait comprendre comment l'histoire anatomo-pathologique de ces myélites s'est constituée si lentement. Les formes graves rapidement fatales sont l'exception ; et les examens anatomiques ont été surtout pratiqués à l'occasion de lésions déjà anciennes, ayant plus ou moins perdu leurs caractères spécifiques du début.

Enfin il faut incriminer, jusqu'à ces dernières années, l'insuffisance de moyens d'investigation. On sait positivement aujourd'hui que des lésions considérables de la moelle peuvent passer inaperçues à l'œil nu. Dans la première moitié de ce siècle, on ne concevait comme détermination médullaire possible de la vérole, que les tumeurs gommeuses intra-rachidiennes, ou les exostoses vertébrales agissant par compression (Vidal de Cassis). De myélite syphilitique, il n'était pas question; et lorsque dans une autopsie de paraplégie syphilitique, par exemple, on ne trouvait aucune lésion grossière de ce genre, on déclarait simplement que la paraplégie était de nature fonctionnelle.

Si bien qu'il y a vingt ans, on possédait au total quatre ou cinq faits de syphilis médullaire authentique, publiés avec autopsie. Mais la période contemporaine semble avoir pris à tâche de combler cette lacune. En France et en Allemagne surtout, les publications deviennent chaque année plus nombreuses, jusqu'à l'emporter sur celles qui concernent la syphilis cérébrale actuellement mieux connue.

Les examens microscopiques démontrèrent que, à l'autopsie des syphilitiques qui succombent avec des accidents spinaux, l'infiltration plus ou moins diffuse de la moelle se rencontrait beaucoup plus fréquemment que les lésions spécifiques grossières (Heubner, Homolle, Julliard, etc.). Le processus de la lésion était d'ailleurs bien conforme à celui des néoformations

syphilitiques en général. Il existait donc des « myélites syphilitiques ». Ce diagnostic que Ricord n'avait jamais osé formuler, même en présence de cas qui l'embarrassaient singulièrement, fut couramment porté dans la pratique médicale.

L'étude attentive de ces myélites conduisit à faire une part importante aux altérations des vaisseaux nourriciers de la moelle (Greiff, Rumpf, Moeller, Lancereaux, etc.). On admit, dès lors, une *artérite médullaire syphilitique* comme il y a une artérite cérébrale. En 1889, Gilbert et Lion réunissaient dans un important mémoire tous les faits connus jusque-là de syphilis médullaire précoce, et proposaient une classification rationnelle des diverses formes anatomiques observées.

En résumé, on admet généralement aujourd'hui que la syphilis peut engendrer directement des myélites (aiguës ou chroniques) non systématiques. La dégénération systématisée primitive des éléments nerveux, si elle a lieu chez les syphilitiques (ceux qui deviennent tabétiques par exemple) ne serait que le résultat d'une action directe et encore mal connue du virus syphilitique (maladies parasyphilitiques de Fournier).

Tout n'a pas été dit, tant s'en faut, sur les myélites syphilitiques; et les faits anatomiques surtout, minutieusement observés, sont encore accueillis avec empressement par tous ceux qui s'intéressent à ce sujet. A-t-on même répondu victorieusement à cette objection formulée encore actuellement par quelques bons esprits portés au doute par la prudence : à savoir que la syphilis peut très bien n'avoir ici qu'une influence prédisposante et ne pas agir par lésion directe ?

La solution définitive que la bactériologie pourra fournir un jour à cette question, empreinte sans doute d'un scepticisme exagéré, nous n'oserions affirmer que l'anatomie pathologique et la clinique l'aient encore donnée. Nous nous sommes efforcés d'y contribuer par nos recherches personnelles.

Recherches personnelles. — Elles ont porté sur la partie *clinique* et *anatomo-pathologique* du sujet. Enfin nous avons cherché à déterminer *expérimentalement* quelle pouvait être la part des lésions vasculaires dans les myélopathies syphilitiques.

I. **Étude clinique.** — La division suivante nous parait la plus conforme aux faits :

A. — Méningite syphilitique spinale.
B. — Méningo-myélite.
C. — Myélite.

A. La *méningite syphilitique spinale* pure sans participation de la moelle est extrêmement rare. Nous en avons rapporté deux cas bien nets[1]. Dans les deux cas elle était associée à la *méningite cérébrale de la base*, et elle était compliquée de *névrites radiculaires* au niveau du renflement cervical.

Nous avions insisté sur la signification de la *rachialgie nocturne* dans cette forme, en tout point comparable à la céphalée nocturne des syphilitiques. La méningite est *la plus favorable*, au point de vue pronostique, de toutes les variétés de syphilis spinale, la plus accessible au traitement. Dans une de nos observations, la guérison fut obtenue complètement en l'espace de quelques semaines, malgré un commencement d'atrophie dans les membres supérieurs.

B. La *méningo-myélite* présente deux phases distinctes dans son évolution clinique :

a. La période prodromique ou méningitique répond au tableau clinique de la méningite spinale. Dans certains cas, elle est caractérisée par des accidents *cérébro-spinaux*. Les phénomènes cérébraux sont alors généralement les premiers en date. Ce sont des céphalées, des troubles de la vision, et des paralysies dans le domaine des nerfs crâniens, indiquant une localisation méningée vers la base de l'encéphale. Puis l'envahissement des enveloppes médullaires se traduit à son tour par la rachialgie (souvent à paroxysmes nocturnes), les élancements douloureux, la rigidité du rachis.

Dans une troisième étape la moelle est atteinte à son tour et les paralysies spinales se produisent. Cette évolution, cette marche descendante de la méningite syphilitique du cerveau vers la moelle est tout à fait typique. Il est à remarquer que c'est presque toujours la méningite cérébrale *de la base* qui inaugure cette série d'accidents.

b. A la période des paralysies, l'ensemble symptomatique st beaucoup moins caractéristique. On a sous les yeux le plus souvent une *myélite transverse dorsale*, sous forme de para-

[1] L'une dans notre thèse sur *la Méningo-myélite syphilitique* (Paris, 1893), l'autre dans *l'Iconographie de la Salpêtrière* (1894).

plégie avec participation des réservoirs. Ou bien c'est une *hémiparaplégie spinale* avec syndrome de Brown-Séquard.

Désormais, l'évolution du mal a beaucoup moins de chances d'être modifiée par le traitement, qui agit si efficacement sur les déterminations méningées.

Les éléments les plus précieux du *diagnostic* sont fournis ici, non par les symptômes spinaux à proprement parler, mais par les caractères de la phase prémonitoire et la coexistence des accidents cérébraux mentionnés plus haut.

C. *Myélite.* — Dans un assez grand nombre de cas, la moelle paraît atteinte primitivement, en ce sens que les phénomènes d'irritation méningée, observés dans la variété précédente, font défaut ou sont insignifiants.

Les formes cliniques les plus communes, de beaucoup ont une marche *chronique.* On est encore le plus souvent en présence du syndrome bien connu de la *myélite transverse.* Rien, au point de vue symptomatique, ne semble spécial à la syphilis. Ajoutons cependant qu'il n'est pas rare de rencontrer des cas qui présentent comme une ébauche du type précédent : un vestige de paralysie oculaire, une atrophie papillaire, des céphalées nocturnes à l'origine, etc...

Les formes *aiguës*, bien que plus rares, ne sont cependant pas exceptionnelles. Elles consistent généralement en paraplégies à début rapide, parfois soudain, beaucoup plus accentuées que dans les variétés qui précèdent, accompagnées de paralysie absolue des sphincters, de troubles profonds de la sensibilité et surtout compliqués de troubles trophiques graves (eschares à extension rapide).

Ces formes aiguës sont des plus redoutables parmi les complications nerveuses de la vérole. Elles peuvent amener la mort en un mois, deux semaines, quelques jours. On peut reconnaître dans leurs manifestations cliniques l'ensemble des phénomènes que l'on considère généralement comme liés à la destruction de colonne grise centrale médullaire, et qui caractérisent les *myélites centrales aiguës*. Elles semblent plus particulièrement liées aux lésions des vaisseaux nourriciers importants de la moelle. Le traitement ne paraît avoir aucune action sur elles.

Remarque sur le pronostic de la syphilis médullaire en général. — Il nous paraît bien établi que les accidents médul-

laires de la vérole sont loin d'avoir donné à la thérapeutique d'aussi beaux succès que les phénomènes cérébraux. Sans doute les complications mortelles sont rares en ce qui concerne la moelle ; mais il faut reconnaître que les guérisons radicales des lésions médullaires parvenues à la période des paralysies sont rares. Les myélites aiguës ou chroniques, une fois constituées, parcourent leur évolution suivant le mode des affections similaires indépendantes de la syphilis.

Nous savons, au contraire, combien les symptômes méningés cèdent facilement, d'où l'indication d'intervenir d'une façon énergique dès qu'apparaissent les prodromes que nous avons étudiés.

II. **Étude anatomo-pathologique.** — La méningite spinale guérit ou bien elle se propage à la moelle. Les examens anatomiques qu'il nous a été donné de faire se rapportent au type de la *méningo-myélite*. C'est à cette forme anatomique que les accidents précédemment étudiés semblent ressortir le plus souvent. Nous avons rencontré la *pachyméningite* avec envahissement secondaire de la moelle, et la *leptomyélite*.

A. La *pachyméningite* propagée à la moelle correspond aux formes cliniques dans lesquelles les prodromes méningés ont été très marqués. Elle a tendance à envahir surtout la demi-circonférence postérieure de la moelle. L'envahissement des cordons postérieurs rend compte des phénomènes pseudo-tabétiques observés dans certains cas (*fig.* 12). La pachymé-

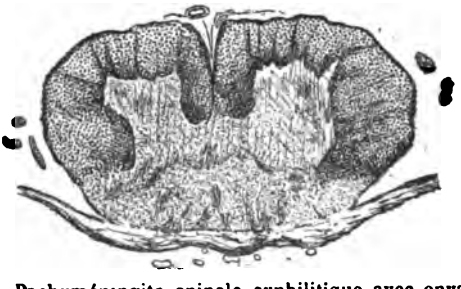


Fig. 12. — Pachyméningite spinale syphilitique avec envahissement secondaire de la moelle (région cervicale).

ningite spinale syphilitique paraît avoir une prédilection marquée pour la région cervicale. Souvent elle est associée à des

lésions méningées du côté de la base du cerveau, des nerfs cérébraux, du chiasma en particulier.

B. La *leptomyélite syphilitique* ne donne souvent lieu cliniquement à aucun signe d'irritation méningée. Elle correspond donc aux formes dans lesquelles la moelle paraît touchée primitivement (*fig.* 13).

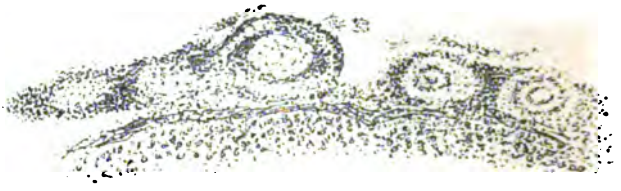


Fig. 13. — Leptoméningite syphilitique avec intégrité de la moelle.

Le point de départ des lésions médullaires est dans la pie-mère et l'espace sous-arachnoïdien. Dans les lésions de date récente, on y constate une infiltration néocellulaire compacte se propageant dans la moelle le long des travées conjonctives de la pie-mère.

Fait de la plus grande importance, les vaisseaux nourriciers (artères et veines spinales) sont altérés d'une façon constante dans cette variété de leptomyélite (*fig.* 14).

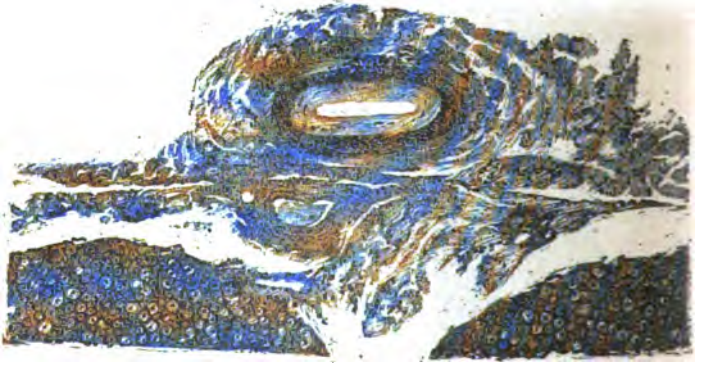


Fig. 14. — Périartérite ancienne dans un cas de leptomyélite syphilitique (artère spinale antérieure).

Les éléments nobles de la moelle sont donc exposés à deux causes de destruction : l'infiltration cellulaire intense (tissu de

granulations de Virchow) qui les refoule, les comprime (*fig.* 15) — et l'ischémie par oblitération des vaisseaux nourriciers spinaux.

Fig. 15. — *Foyer de méningo-myélite.*

smp, septum médium postérieur, infiltré de cellules rondes; *vp*, veinule de la pie-mere oblitérée; *pm*, pie-mère épaissie et infiltrée; *fg*, foyer gommeux intra-médullaire. (D'après une photographie microscopique. Coloration par la méthode de Pal et le micro-carmin.)

C'est principalement la *colonne grise centrale* qui paraît souffrir de l'insuffisance de l'irrigation sanguine. Et ce fait cadre assez bien avec la prédominance des lésions vasculaires dans les formes qui rappellent, aussi bien au point de vue clinique (*fig.* 16) qu'au point de vue anatomique, les myélites centrales aiguës.

Caractères spécifiques des méningo-myélites syphilitiques. — On ne saurait guère les rechercher que dans les lésions récentes. Ayant eu précisément l'occasion d'examiner la moelle d'un individu qui avait succombé dans le cours de la troisième semaine à une paralysie syphilitique grave, nous avons pu constater au microscope : 1° une infiltration diffuse de la moelle sur une hauteur limitée de la région dorsale. Cette infiltration prenait par endroits l'apparence du *tissu de granulations*, et on pouvait constater sur les coupes l'existence de véritables petits *foyers gommeux* miliaires, avec *nécrose* partielle (*fig.* 15).

2° La pie-mère, point de départ de l'infiltration cellulaire en question, présentait par endroits de véritables *granulations embryonnaires* dont quelques-unes étaient pourvues de *cellules géantes*.

3° Les altérations des vaisseaux nourriciers de la moelle

offraient comme particularités : de débuter nettement *par la tunique externe*, conformément à l'opinion de MM. Lancereaux

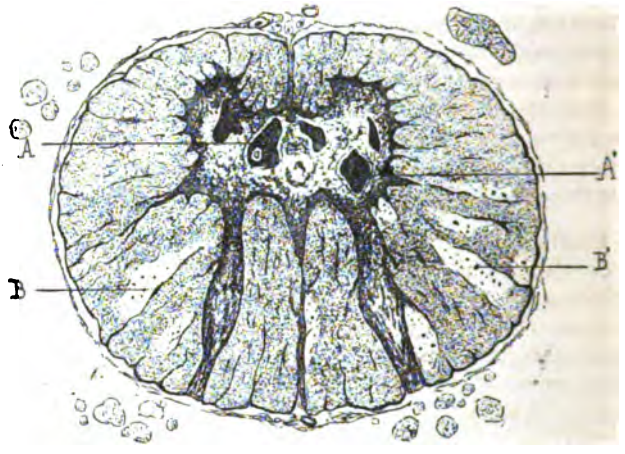


Fig. 16. — *Méningo-myélite syphilitique* (forme aiguë).
Coupe transversale de la région dorsale supérieure.

A, *A'*, Exsudats colloïdes de la substance grise (occupant en *A*), la gaine d'un vaisseau, la substance grise paraît raréfiée; *B*, *B'*, foyers de tubes nerveux dégénérés, ils sont tous orientés dans le sens des travées de la pie-mère. Les lésions sont analogues à celles des myélites centrales aiguës.

et Baumgarten au sujet de l'artérite syphilitique, — d'être infiniment plus accentuées dans les *veines* que dans les artères

Fig. 17. — *Phlébite spinale syphilitique.*
Coupe transversale de l'artère et de la veine spinales antérieures.

A, artère absolument saine; *B*, veine dont les parois sont considérablement infiltrées et la lumière réduite à une fente; en *C*, foyer de nécrose intra-pariétale.

(fait déjà constaté dans la syphilis médullaire par Siemerling, Godflam, etc.), — enfin, d'aboutir dans quelques vaisseaux à la formation de foyers gommeux intra-pariétaux (*fig.* 17).

Remarque. — Il convient d'ajouter que, parmi les maladies infectieuses communes, la tuberculose seule paraît capable de créer des lésions anatomiquement identiques aux précédentes. La distinction sera toujours possible dans la pratique.

La conclusion la plus importante qui se dégage de nos recherches anatomiques est la suivante. Les myélites des syphilitiques présentent, sinon toujours, au moins dans certains cas, des caractères anatomiques assez particuliers pour permettre d'affirmer qu'il existe des myélites syphilitiques légitimes, et entre autres des myélites aiguës.

III. **Etude expérimentale.** — Elle a été entreprise dans le but de déterminer la part exacte qui revient à l'oblitération des artères spinales dans le mécanisme des lésions précédentes. Nous avons adopté, en le modifiant, le procédé imaginé par Flourens et usité ensuite par Panum et Vulpian pour produire des embolies capillaires dans les artérioles médullaires. Comme ces auteurs, nous avons employé à cet effet la poudre de lycopode en suspension dans un liquide.

Ces expériences, commencées en 1891 dans le laboratoire de M. François-Franck, nous nous proposons de les poursuivre et d'en tirer tous les renseignements qu'elles sont susceptibles de donner sur les troubles vasculaires de la moelle.

Actuellement déjà les résultats auxquels nous sommes arrivés ne manquent pas d'intérêt. En opérant sur des chiens, nous nous sommes efforcés : 1° de ne pas produire de grands désordres anatomiques dans la moelle ; 2° d'éviter les embolies dans les membres inférieurs ; 3° de ne pas amener la mort immédiate de l'animal.

Nous y sommes parvenus dans plusieurs cas. La moelle paraissait saine à l'œil nu, et le microscope a montré que les grains de lycopode avaient parfaitement pénétré dans les artérioles, en suivant principalement le trajet de l'artère spinale antérieure, mais non exclusivement. On peut retrouver les granulations jusque dans les ramuscules qui pénètrent dans les cornes et ceux qui cheminent verticalement de part et d'autre du canal de l'épendyme[1]. Or, dans tous les cas, nous avons retrouvé la même lésion, consistant en *foyers de ramol-*

[1] Ces derniers sont généralement considérés comme des veines ; c'est une erreur. La poudre de lycopode ne traverse pas les capillaires ; et injectée par la voie artérielle, elle pénètre dans les vaisseaux paraépendymaires. Adamkiewicz a déjà relevé cette erreur anatomique.

lissement hémorragique exclusivement situés dans la substance grise. Il nous a paru que le lieu d'élection de ces petits foyers était au voisinage du canal de l'épendyme.

Les fibres nerveuses de la substance blanche présentent au bout de plusieurs jours seulement des lésions dégénératives.

Sans aucun doute, cette systématisation n'est qu'affaire de degré dans l'étendue de l'oblitération vasculaire. Une quantité plus considérable de substance pulvérulente injectée eût amené des embolies telles que la moelle entière eût offert l'aspect du ramollissement rouge. Mais le fait mérite d'être noté, car il démontre que, *dans le cas d'oblitérations artérielles uniformément réparties dans un segment de moelle, c'est la substance grise qui subit la première les effets de l'insuffisance circulatoire.* C'est ce qui ressort des expériences d'Ehrlich et Brieger, de Spranck sur l'ischémie de la moelle par la compression de l'aorte. Il y a là, ce nous semble, un rapprochement à établir entre les résultats de ces embolies médullaires et ce qui se passe dans les myélites centrales aiguës, ou dans les myélites à marche rapide des syphilitiques. N'avons-nous pas vu que celles-ci étaient caractérisées par la prédominance des altérations vasculaires? Ajoutons que le système circulatoire dans la moelle lombaire du chien étant le même que dans la moelle de l'homme, le rapprochement n'a rien de forcé.

Dans une publication ultérieure, nous nous proposons de faire connaître en détail le mode expérimental que nous avons suivi et les lésions consécutives que nous avons constatées. Nul doute que les applications de ces données expérimentales ne s'étendent d'ailleurs au delà du domaine de la syphilis médullaire.

[1] La technique expérimentale que nous avons suivie et les lésions anatomiques immédiates que nous avons pu produire seront l'objet d'une note dans le prochain numéro des *Archives de physiologie.*

PATHOLOGIE MENTALE.

LES DÉLIRES PLUS OU MOINS COHÉRENTS DÉSIGNÉS SOUS LE NOM DE PARANOIA ;

Par le Dr P. KERAVAL,
Médecin en chef des asiles de la Seine.

Les nombreux travaux écrits sur les délires dans lesquels il existe des idées de grandeur et des idées de persécutions, vagues ou précisées, coordonnées ou non, associées ou dissociées, plus ou moins organisées, cohérentes, systématisées, justifient, croyons-nous, une étude d'ensemble, ne fût-ce que pour fixer le *vocabulaire international* et rendre accessible à tous la lecture de mémoires ou d'observations toujours intéressants mais incompris, le dictionnaire ne fournissant nullement l'explication technique des termes qne nous allons avoir à analyser.

Les fameuses discussions de la Société médico-psychologique et les récents travaux de la Société psychiatrique de Berlin (1893-1894) n'ont pas davantage établi pareille synthèse d'autant plus nécessaire que, comme on va le voir à l'instant, la terminologie scientifique est loin d'être une entre les savants d'un même pays.

L'historique de la question, tracé par Cramer[1], rend compte de l'indécision dans laquelle a plané l'esprit des meilleurs psychiâtres. Il montre, en même temps, la signification des termes successivement employés par les créateurs des entités morbides, dont nous aurons à nous occuper ici et permet de classer les théories que ces termes désignent. Nous croyons devoir l'emprunter presque en entier au mémoire de

[1] *Abgrenzung und Differential-diagnose der Paranoïa.* (*Allg. Zeitsch f. Psychiat.*, LI. 2.)

M. Cramer. Puisqu'il s'agit de vocabulaire, il est légitime de procéder par citations.

Cet historique montre aussi d'emblée que les délires en question ont été appelés *paranoia*, *Wahnsinn*, *Verrücktheit*, *Verwirrtheit*, *amentia*, délire asthénique, et qu'ils n'ont rien à voir, ce que nous admettrons volontiers, avec la manie et la mélancolie pures. Soit dit, en attendant la définition qui naturellement ne peut résulter que de l'examen des sens attribués par les auteurs aux mots ou expressions dont ils ont été les inventeurs en les détournant de leur sens ordinaire le plus souvent.

Voici donc ce que dit M. Cramer. Ses interprétations ont, on nous l'accordera volontiers, la plus grande valeur, puisqu'il apprécie et explique les termes et doctrines des aliénistes de son pays.

I. — Historique.

La *Verrückhtheit* d'Hoffmann (1862) est une maladie mentale, prenant naissance à la suite d'hallucinations sensorielles, d'interprétations et d'impulsions morbides (chimères) qui agissent sur le jugement, les sentiments et les actes, et peuvent devenir la base d'un *système* de conceptions organisées. Cet auteur distingue : une *Verrücktheit mélancolique* — une *Verrücktheit exaltée* — une *Verrücktheit hallucinatoire* — une *Verrücktheit instinctive*.

De l'aveu de tous, Snell, en 1865, sous le nom de *monomanie*, décrit la forme chronique de la *Paranoïa*, dans la genèse de laquelle les hallucinations jouent le premier rôle, bien que, comme il le dit lui-même, en quelques cas rares, les idées délirantes s'organisent en l'absence d'hallucinations sensorielles, et envahissent à ce point la personnalité du malade que ce mode de falsification primitive de l'idéogénèse pervertie ou dérangée (*verrückt*) doive être tenu pour tout à fait analogue à l'hallucination sensorielle, et considéré comme un élément tout aussi important que l'élément hallucinatoire. Cette idée du délire organisé primitif (*primœre Verrücktheit*) finit par être acceptée par Griesinger (1867) qui inspire en 1868, le travail de Sander sur ce qu'il appelle la *Verrücktheit originœre;* malheureusement, ainsi que le fait remarquer Neisser, il existe des *contradictions* entre la description nosographique du texte et les observations présentées.

En 1876, Westphal insiste sur l'anomalie du travail conceptuel qui, indépendamment des éléments anormaux produits par les hallucinations, parfois absentes du reste, fabrique de toutes pièces les conceptions morbides qui, s'emparant de la personnalité, en jouent à leur guise ; celle-ci présente, secondairement, des sentiments conformes aux idées qui lui sont imposées par l'idéogénèse vicieuse. Ce délire organisé (*Verrücktheit*) pourrait, d'après Westphal, succéder à l'hypochondrie par le mécanisme des idées de persécution d'origine primitive, engendrant à leur tour des idées de grandeur, mais il pourrait aussi survenir d'emblée, sans stade hypochondriaque préalable, par la création spontanée d'idées délirantes indélébiles. Il y a bien, dans l'espèce, dislocation (*Verrücktheit*) dans la forme de la pensée, mais non dans la liaison des idées, car les allures du malade se ressentent de ce qu'il pense. Il peut aussi se produire non de la déviation dans la forme de la pensée, mais une dislocation de l'enchaînement des idées qui peut aller à la confusion (*Verwirrung*), et dans ce cas il existe des troubles moteurs correspondants. Enfin la même maladie peut commencer par une brusque poussée d'hallucinations, principalement de l'ouïe. Quoi qu'il en soit de ces trois modes de développement de la *Verrücktheit*, Westphal refuse toute valeur à la débilité mentale, que l'on rencontre parfois, en tant que caractère de la maladie en question, débilité, suivant lui, préalable et non consécutive à l'affection mentale. S'il est, à côté de cela, le premier qui ait parlé du développement et de la marche aiguë de la Verrücktheit, il n'a pas caractérisé cette forme en termes plus précis. Il reconnaît en revanche l'existence de l'entité de Sander, refuse à la catatonie de Kahlbaum le droit de cité comme modalité morbide, et construit une *Verrückhteit abortive* due à des obsessions.

Schœfer a continué la *Verrücktheit* de Westphal, mais il l'a appelée *Wahnsinn*. Elle consiste en ceci que des idées, en soi probables ou soutenables, ou au contraire immotivées, prennent corps, comme si elles étaient des réalités, et fussent-elles extravagantes, elles entrent dans le cercle des préoccupations de l'activité cérébrale et en constituent l'aliment ordinaire, de sorte que l'individu est convaincu de leur importance et accepte ces chimères comme vraies. En même temps les hallucinations sensorielles, qui ne sont dans aucune psychopathie aussi fréquentes que dans celle-ci, viennent alimenter le délire ; elles

ne font d'ordinaire point défaut pendant la période de création des idées délirantes, au moment des *exacerbations* de la maladie, à la période de transition d'une phase à une autre, comme par exemple, des idées de persécution aux idées de grandeur. La continuité des excitations sensorielles, sans cesse renouvelées, entraîne l'idéation aux mêmes conclusions délirantes, annihile ou chasse de l'entendement les conceptions restées saines, et supprime le sens critique. Ainsi *s'organise* un nouveau monde de conceptions qui alimente la personnalité, modifie ses anciennes manières de voir, ou les accommode aux conceptions délirantes ; l'activité corticale doit être au reste transformée par la modification de la sensibilité sensorielle ; l'altération primitive du territoire sensoriel constitue en somme une force pathologique. Ce mécanisme épouvantable de la folie systématique justifie, ajouterons-nous à notre tour, le choix de l'expression *Wahnsinn* qui se compose des deux mots allemands Wahn (délire) et Sinn (sens). Mais Schœfer en admet : une forme simple — une forme hypocondriaque — qui peuvent être l'une et l'autre aiguës ou chroniques. Les types aigus auraient pour facteur principal les hallucinations. Il y rattache aussi la forme originelle de Sander.

Merklin, reprenant le terme de *Verrücktheit* adopté par Westphal, décrit la *Verrücktheit chronique simple* avec son sous-groupe délire de chicane ou des persécutés persécuteurs (*Quærulantenwahnn*) et la Verrücktheit aiguë ; dans un autre travail, il sépare la confusion mentale (*Verwirrtheit*) de la Verrücktheit.

Buch confirme les travaux de Westphal sur ce sujet.

Qu'on nous permette d'arrêter un instant cet historique si précis de Cramer, pour poser quelques jalons terminologiques et doctrinaux. Nous voyons jusqu'ici qu'en ce qui concerne le délire cohérent, systématique, organisé, cristallisé, primitif, il ne saurait y avoir qu'unanimité. L'interprétation ne peut varier. A son état de parfait développement c'est une dislocation, une perversion du travail cérébral qui engendre de toutes pièces des conceptions fausses, délirantes, et qui mérite le nom de *Verrücktheit chronique* vu la signification de ce terme, ou de *Wahnsinn chronique* si l'on veut faire la part extrêmement importante et juxtaposée du délire (Wahn) et des hallucinations sensorielles (Sinn). Mais il faut ajouter chronique. Où l'embarras survient, c'est quand les auteurs prétendent apprécier le rôle des poussées hallucinatoires, du désordre intellectuel avec subagitation, des obsessions de l'affaiblissement des facultés, et de

l'état du sentiment (dépression, excitation), qu'ils ont réellement observés, mais à des degrés divers, et qu'ils entendent diversement interpréter. On voit alors le même terme, parfaitement approprié à la désignation irréductible et logique du caractère indéniable d'un type morbide (systématisation), être appliqué à une forme toute différente dans son dessin pathologique. On voit ce terme associé à une épithète qui consacre à juste titre cette différence, mais jure à côté du terme même. La traduction complète devient impossible dans une langue autre que la langue allemande, et l'interprétation de la nouvelle expression impressionne péniblement les Allemands eux-mêmes, qui ne sont pas plus capables que les étrangers d'y retrouver la maladie que cette expression a prétendu consacrer. En effet, si les expressions : Chronische Verrücktheit, chronischer Wahnsinn, Chronica paranoïa doivent se traduire par l'expression correspondante de folie systématique chronique qu'elles signifient réellement dans le fonds et la forme, d'après les six observateurs que nous venons d'analyser, comment veut-on qu'on trouve l'équivalent vrai de : Verrücktheit hallucinatorische, melancolische, instinctive, abortive, acute, Wahnsinn acuter, etc.

Que venons-nous d'observer en réalité ? 1° La Verrhücktheit d'Hoffmann désigne trois espèces : — mélancolique, — hallucinatoire, — instinctive.

Evidemment, il s'agit ici à la fois de la folie systématique chronique à phases et surtout à nuances variables que les successeurs d'Hoffmann ont minutieusement décrite, et de délires plus ou moins cohérents rangés au gré des observateurs sous les noms de : mélancolie délirante, folie instinctive, mélancolie avec idées de persécutions, délire général hallucinatoire avec idées de grandeurs et de persécutions mal liées, etc...

2° La monomanie de Snell désigne très expressément la combinaison ou la non-coordination des idées délirantes et des hallucinations de la folie systématique chronique (paranoia chronica.)

3° Le délire organisé primitif de Griesinger désigné sous le nom de Verrücktheit primœre est bien une folie systématique chronique, mais Sander préfère l'appeler folie systématique originelle (originœre Verrücktheit); seulement, comme le fait remarquer M. Cramer, après M. Neisser, il y a déjà des contradictions entre le texte nosographique de l'auteur et les observations qu'il donne.

4° Avec Westphal, apparaît la netteté du délire systématisé chronique ; le rôle des hallucinations et des idées délirantes de grandeur et de persécutions ressort des plus caractérisés dans le délire systématique chronique primitif et primitif originel (Sander) Qu'il puisse se produire par obsessions, et que, celles-ci n'étant que des idées délirantes imparfaites, la *Verrücktheit* mérite la qualification d'*abortive*, cela importe peu et ne trouble en rien l'interprétation du mot Verrücktheit et de la maladie qu'il couvre. Qu'il y ait

aussi un délire systématique avec désordre dans les idées et les actes, ou confusion mentale (*Verwirrung*), cela est admissible, en certains cas au moins et dans des conditions qui se préciseront ultérieurement. On peut encore admettre un délire systématique mélancolique et hypochondriaque.

Mais que dire de la *Verrücktheit aiguë* créée par Westphal et non précisée par lui, dans laquelle, d'après Schœfer et Mercklin, il y aurait les mêmes éléments morbides que dans la folie systématique chronique, mais non plus amalgamés et enchaînés comme dans cette dernière ; tout au contraire, ils sont en état de perpétuelle mobilité et ne peuvent, par suite, se constituer en système de délire. Il est donc bien difficile de traduire ou d'expliquer en Français ou en allemand, le *Wahnsinn acuter* ou la *Verrücktheit acute*, par l'expression de folie systématique aiguë. Folie aiguë ne rendrait pas le sens de Verrücktheit ; délire aigu à tendances systématiques, encore peu cohérent, conviendrait mieux. M. Schœfer d'ailleurs, n'y regarde pas de si près, car, après avoir décrit le *Wahnsinn type*, dont l'essence est en réalité chronique, il en admet une forme simple, et une forme hypochondriaque, pouvant à leur tour être chacune aiguë ou chronique. Il croit cependant que les hallucinations engendrent surtout les formes aiguës, ce qui est bien vague, puisque les hallucinations, quand elles arrivent par poussées, provoquent le complexus morbide de la confusion mentale (*Verwirrtheit*), ainsi que le fait voir Mercklin. Il est vrai que c'est la raison pour laquelle on a identifié à cet état de confusion mentale déjà mis en relief par Westphal, le Wahnsinn acuter ou la Verrücktheit acute.

5° En tout cas, dans la folie systématique chronique rentrent dès maintenant, d'après les auteurs, le délire de chicane ou des persécutés persécuteurs processifs (*Querulantenwahn*).

De cette première partie de l'historique nous sommes en droit de tirer un premier argument.

Les délires, ayant pour éléments la conception délirante de grandeur ou de persécution, et les hallucinations, sont plus ou moins cohérents. On les exprime par les mots *Verrücktheit* — *Wahnsinn* — *Paranoïa*, auxquels on joint une épithète qui malheureusement peut détruire, surtout quand il s'agit de l'épithète aiguë, la valeur du terme lui-même ou plutôt du type vésanique que ce terme prétend caractériser, car au fond ces trois mots sont l'équivalent du délire systématique, chronique, coordonné, cristallisé, d'après les observations présentées par les auteurs dans leurs mémoires. Ils ne devraient jamais être employés qu'accompagnés de l'épithète chronique, plus ou moins complétée par une seconde telle que primaire, originelle.

Poursuivons maintenant notre étude historique, empruntée, pour plus de sécurité, à M. Cramer. (*A suivre.*)

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

XX. Méthode de Golgi modifiée, pour l'étude du cerveau humain; par Leoyd Andriezem. (*British Med. Journ.*, 28 avril 1894.)

La méthode de Golgi, excellente pour l'étude des cervaux d'embryons animaux, l'est moins pour la substance cérébrale humaine adulte. L'auteur propose l'emploi du bichromate de potasse à 2 p. 100. 95 centimètres cubes, auxquels il ajoute après un quart d'heure 5 centimètres cubes d'acide osmique à 1 p. 100. Après vingt-quatre heures, il change la solution contre 90 centimètres cubes bichromate à 2 1/2 p. 100 avec 10 centimètres cubes d'acide osmique à 1 p. 100 — pendant deux jours enfin bain final de 80 centimètres cubes bichromate à 3 p. 100 avec 20 centimètres cubes acide osmique à 1 p. 100.

Dès le quatrième jour on peut étudier la préparation dont les éléments sont différenciés. A. Marie.

XXI. Sur un cas de kyste du cervelet; par Hughlings Jackson et Risien Russell.

Dès longtemps le premier de ces deux auteurs avait soutenu que la lésion destructive du lobe moyen du cervelet produit une vraie paralysie motrice, affectant plus particulièrement les muscles du tronc puis ceux des extrémités inférieures et supérieures mais d'une façon moins nette. Niemeyer parlant de certaines tumeurs cérébelleuses notait des phénomènes analogues. Dans l'étude clinique présente où l'autopsie démontre l'existence d'une dégénérescence kystique dans le lobe cérébelleux moyen, le malade avait présenté une ensellure marquée. Cela tenait apparemment à une parésie des muscles spinaux particulièrement des fléchisseurs.

Les auteurs discutent l'hypothèse d'une parésie par compression à distance, car dans ce cas les membres inférieurs eussent été également paralysés tandis qu'ils l'étaient à peine et moins atteints que les muscles du tronc; d'ailleurs les expérimentations sur le singe et le chien (Horsley) ont démontré que la section du lobe cérébelleux médian s'accompagne de troubles semblables qui ne peuvent alors s'expliquer par une compression.

Horsley a d'ailleurs fait la contre-expérience et déterminé expérimentalement les phénomènes cliniques produits par la compression ; il emploie un petit ballon de caoutchouc qu'on insuffle à volonté après l'avoir mis en contact avec le cervelet portion médiane; on observe alors des troubles circulatoires et respiratoires marqués, sans paralysie. Le malade précité présentait l'un et l'autre de ces troubles (parésie et troubles respiratoires); il mourut même dans un accès de suffocation, non sans rapport avec l'état de paralysie des muscles inspirateurs. (*British Med. Journal*, 24 février 1894.)

A. MARIE.

XXII. SUR UN CAS DE TUMEUR DE LA DURE-MÈRE SPINALE ; par William RAUSON et Joseph THOMSON. (*British Med. Journal*, 24 février 1894.)

Les heureux résultats obtenus par l'intervention chirurgicale dans les cas analogues sont fréquents depuis les premiers cas publiés par Horsley et Gowers. L'auteur rapporte deux insuccès opératoires qui n'en sont pas moins intéressants, étant donnés la délicatesse du diagnostic et de l'intervention dans les cas analogues. Dans un cas, un échinocoque extradural échappa à l'investigation chirurgicale et fut trouvé à l'autopsie dans la lame vertébrale immédiatement susjacente à celle réséquée. Dans l'autre cas rapporté en détail, l'insuccès fut dû à la récidive de la lésion sarcomateuse comme le confirma l'examen microscopique. A. MARIE.

XXIII. ALTÉRATION DES CORDONS POSTÉRIEURS DANS LE DIABÈTE ; par WILLIAMSON. (*British Med. Journ.*, 24 février 1894.)

Comme celles de Saudmeyer Leyden et Tooth, ces deux autopsies, avec préparation microscopique montrent l'altération systématique des cordons de Goll. (Perte correspondante des réflexes patellaires, pouvant dans d'autres cas relever d'altérations nerveuses périphériques — cas d'Eichorst.) A. MARIE.

XXIV. CONTRIBUTION A LA MÉTHODE DE L'OLFACTOMÉTRIE CLINIQUE ; par ZWAARDEMAKER. (*Neurolog. Centralbl.*, 1893.)

Etude critique des méthodes Valentin-Passy; Frœhlich ; Aronssohn; Henry; Saveliew.

Au point de vue clinique, il faut : 1° commencer par les plus faibles excitants et graduellement arriver aux plus forts ; 2° opérer très vite. Aussi la méthode actuelle serait-elle la meilleure. Un cylindre de porcelaine poreux, imprégné du liquide odorant (eau de laurier-cerise à 1 p. 100) est poussé dans un tube de verre au-dessus duquel sont les narines. La sollicitation olfactive est proportionnelle à la longueur de la surface interne du cylindre qui dépasse le tube de verre. On gradue ainsi le courant d'aspiration et la surface sentie. P. K.

XXV. Morphologie, origine et évolution de la fonction du corps pituitaire; par Leoyd Andriezem (de Londres). *British medical Journal*, janvier 1894, n° 1724.)

De l'étude histologique des embryons animaux, des acidies, des salpes, de l'amphioxus jusqu'aux organismes vertébrés plus complexes, l'auteur déduit par comparaison l'étude de la glande pituitaire qui pour lui est un organe triple, glandulaire, nerveux et circulatoire. Chez les organismes inférieurs son rôle prépondérant, par son épithélium vibratile consiste à entretenir un courant liquide assurant le renouvellement de l'oxygène contenu dans l'eau qui passe par le neuropore dorsal des acraniens. Il sert donc ainsi à la nutrition du tissu nerveux par oxygénation et à l'élimination des produits de combustion chez les types parvenant à une phase d'évolution plus avancée, lorsque le canal neurentérique se ferme, cette fonction de la glande devient une sécrétion interne absorbée par les lymphatiques qui en entraînent le produit dans le courant sanguin. Ce produit est nécessaire au complet développement et fonctionnement des centres nerveux comme le montrent les troubles résultant de l'ablation de l'organe ou de sa dégénération. De même que pour le corps thyroïde et le thymus avec lesquels le corps pituitaire semble en rapports de suppléance physiologique dans certains cas d'ablations, la fonction se peut ramener en dernière analyse à : 1° une action métabolique facilitant l'assimilation de l'oxygène par certains tissus (système nerveux en particulier pour la pituitaire, poumons et tissus en général pour le thymus et le thyroïde); 2° une action désassimilatrice pour l'élimination de certains produits d'oxydation correspondants. La pathologie confirmerait cette théorie qui expliquerait les troubles circulatoires : hypothermie, œdèmes, cyanoses, les troubles vaso-trophiques et les troubles des fonctions cérébrales et respiratoires dans le myxœdème et les cas analogues (crétinisme sporadique, acromégalie, etc.). A. Marie.

XXVI. De la papille étranglée; par Adamkiewicz. (*Neurolog. Centralbl.*, 1893.)

Le terme allemand signifie à proprement parler papille par reflux stasique (*Stauungspapille*). Or, l'auteur rappelle qu'il a déjà démontré que la diminution expérimentale de la capacité intracranienne ne provoque nullement l'augmentation de la pression intracranienne dans le liquide céphalorachidien, pas plus que la compression des capillaires de la surface de l'encéphale, qu'on n'arrive pas à augmenter la pression à l'intérieur du crâne parce que, si dans l'espace intracranien on comprime artificiellement le liquide qu'il contient, la moindre exagération de pression se transmet par les veines du crâne et le reflux a lieu dans le cœur droit dont l'action est arrêtée.

Il ne saurait donc y avoir de papille étranglée (par reflux) en rapport avec une exagération de la pression intracérébrale par une tumeur qui formerait, comme l'on dit à tort, barrage et élèverait le niveau du liquide sous-arachnoïdien, puis le ferait refluer dans l'espace sous-vaginal du nerf optique en continuité avec l'espace sous-arachnoïdien. Les nouvelles expériences entreprises chez des lapins, montrent ce qui suit :

1° L'introduction dans l'espace intracranien d'un corps indifférent en diminue la capacité, sans produire de modification appréciable dans la circulation du fond de l'œil. — 2. La réduction graduelle de la capacité intracranienne par un corps qui se gonfle dans la cavité du crâne, par la laminaire, ne produit pas non plus ce résultat. — 3° Si dans le crâne on fait couler à une haute pression un liquide indifférent, coloré, on voit les veines de la choroïde s'en remplir, mais sans dépasser les limites de la papille du nerf optique. Les vaisseaux sanguins qui irriguent l'intérieur de la papille optique, notamment les veines centrales de la rétine, ne prennent aucune part à ce reflux artificiel. — 4. Il n'y a pas davantage de stase papillaire (étranglement) sous l'influence d'une encéphalite artificielle ou de l'ablation de diverses parties de l'encéphale. — 5° Mais la compression d'un hémisphère cérébral enflamme le globe de l'œil du côté opposé tout entier; c'est l'ophtalmie neuroparalytique. La papille étranglée n'est donc pas le résultat d'une action mécanique. P. KERAVAL.

XXVII. LA DYSLEXIE EN TANT QUE TROUBLE FONCTIONNEL; par SOMMER. (*Arch. f. Psychiat.*, XXV, 3.)

La dyslexie est un trouble fonctionnel. Il y a donc intégrité anatomique des parties du cerveau qui sont la condition matérielle de la fonction psychique de la lecture. Lors donc qu'en pareil cas on trouve un foyer cérébral, c'est que ce foyer a agi à distance et troublé ainsi la fonction des parties éloignées. Dans l'état actuel de la physiologie, il est impossible de dire qu'il existe un centre de coordination des lettres et une lésion de ce centre; la dyslexie n'est pas due à la lésion d'un centre de coordination des lettres.

Deux observations dans lesquelles l'auteur voit la transition de la dyslexie à l'eulexie et de la dyslexie à l'alexie lui permettent de conclure ce qui suit :

1° Il existe un trouble complexe de la lecture caractérisé par : *a.* de la dyslexie ; *b.* une réaction ultérieure de l'intelligence qui semble ressaisir les éléments pour bien lire après coup ; *c.* des espèces de paraphrases composées de l'association de mots qui étaient restés courants; 2° il existe une dyslexie capable de se transformer en alexie complète dans laquelle il y a eu progression graduelle de l'alexie ; 3° voici une dyslexie périodique (succession de

capacités et d'incapacités de travail), sans lésion en foyer (paralysie générale avec athéromasie); 4° quand il y a foyer cérébral, la dyslexie en est l'effet à distance et non direct; 5° il n'y a pas de localisation cérébrale du centre de la lecture. Chez l'homme, il est impossible de fixer ce centre dans les parties du cerveau trouvées lésées chez les dyslexiques; 6° la périodicité de l'intelligence des mots, des lettres et des nombres est à noter dans les espèces de ce mémoire. Les séries étaient composées de périodes dans chacune desquelles il y avait alternative de capacité et d'incapacité fonctionnelle. La dyslexie est donc théoriquement le chaînon initial d'une série périodique. P. K.

XXVIII. Darwinisme et progrès dans l'évolution des races; par Berry Haycraft.

A signaler dans cet article ce qui a trait à la police et à l'alcoolisme comme cause de dégénérescence et facteurs de sélection naturelle; la folie aboutissant d'une part par conjugaison des hérédités à l'idiotie stérile, l'alcoolisme atteignant d'autre part les prédisposés et les atteignant d'autant plus profondément que leur tare préalable est elle-même plus marquée.

A l'appui de ces vues d'intéressantes statistiques sur la criminalité et le paupérisme dans les Etats où la consommation de l'alcool est réglementée (Manie V. S.) ou monopolisée (Suisse) par comparaison avec les pays où la consommation est libre.

Mêmes différences en faveur de la réglementation de cette consommation en ce qui concerne la proportion comparée des enfants dans les écoles de réformes ou de correction pour ces différents états, en Amérique. (*British Med. Journ.*, 24 février 1894.)

Marie.

XXIX. Dilatation pupillaire; par Ch. Henry.

M. Charles Henry, dans une note présentée à l'Académie par M. Becquerel, expose un artifice expérimental qui lui a permis de démontrer que la pupille se dilate, sous l'influence du cerveau, à l'idée de distances plus ou moins grandes. Cette dilatation pupillaire, d'origine purement psychique, sert à préciser une donnée jusqu'ici inaccessible : l'*énergie de la vision mentale* des individus. Pour donner un exemple de l'importance de cette nouvelle quantité en optique physiologique, M. Ch. Henry en déduit par ce calcul, pour différents yeux, des valeurs de l'aberration de sphéricité, dont la moyenne est rigoureusement identique à la valeur théorique calculée en partant des constantes fondamentales de l'ophthalmologie. C'est la première fois qu'un facteur purement psychologique sert à calculer une grandeur d'ordre physique.

XXX. MISLAVSKI ET SMIRNOFF. *Contribution à l'étude de la sécrétion salivaire.* — NEIROLOGUITSCHESKY VESTNIK. (*Messager neurologique*, t. II, F. 2. Kazan, 1894.)

Dans toutes les expériences qui ont porté sur les chiens faiblement curarisés, la parotide était soumise à un examen microscopique, d'après la méthode de coloration d'Altmann, et dans deux conditions physiologiques déterminées : état de repos et état d'action.

Dans le premier cas (V. *fig.* 18, *a*), la cellule glandulaire consiste en un réseau de fibrilles très minces donnant au protoplasma un aspect spongieux ; dans les mailles de ce réseau se trouvent des granulations de grandeurs différentes, mais ayant toutes une forme arrondie. Chaque cellule est munie d'un noyau, de forme arrondie, ovale ou irrégulière, et chaque noyau renferme un ou deux nucléoles, rarement davantage; quelquefois, à la place des nucléoles on trouve des granulations ou des filaments chromatiques.

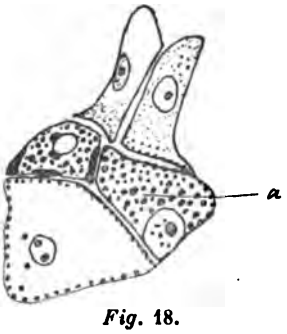


Fig. 18.

Quant aux modifications qui surviennent dans la parotide en action, elles sont de plusieurs ordres :

1° Sous l'influence de l'excitation du nerf auriculo-temporal et de la section du sympathique (ce qui provoque un grand afflux d'eau dans la glande), les globules glandulaires, se trouvent peu modifiés au point de vue de leurs dimensions; le nombre des granulations diminue énormément (V. *fig.* 19, *e*); le réseau cellulaire se dessine plus nettement, ses mailles s'élargissent; sur la périphérie de la cellule se montrent des vacuoles remplies d'une substance se colorant très faiblement; les noyaux augmentent de volume, deviennent plus transparents et prennent une forme plus arrondie.

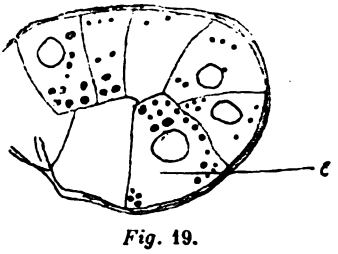


Fig. 19.

2° Sous l'influence de l'excitation du sympathique, avec section de l'auriculo-temporal (conditions expérimentales provoquant une diminution de l'afflux d'eau dans la glande), le tableau de la structure des cellules glandulaires change complètement. La parotide, énucléée après cette expérience, est très compacte au toucher; ses lobules sont plus petits, moins transparents; les cellules sont

petites, opaques, mais leurs noyaux sont augmentés de volume et arrondis; le réseau cellulaire est ratatiné, les mailles sont à peine perceptibles et la cellule est remplie d'un nombre considérable de granulations très fines.

Mais si en excitant le sympathique, on laisse intact l'auriculo-temporal, les cellules tout en conservant les mêmes dimensions, la même structure et le même aspect opaque de leur contenu présentent en plus une vacuolisation analogue à celle qu'on constate dans l'expérience de la section du sympathique avec excitation de l'auriculo-temporal; mais les vacuoles sont ici plus petites et leur contenu transparent à peine coloré présente une ou plusieurs granulations arrondies, souvent énormes :

3° En excitant l'auriculo-temporal après section du sympathique et compression de la carotide commune, provoquant une diminution de l'afflux du sang vers la parotide, on constate que le réseau cellulaire est nettement dessiné et que les mailles sont élargies. Les granulations sont agglomérées vers le centre de la cellule; elles sont notablement augmentées de volume.

4° Enfin, sous l'influence de l'excitation simultanée de l'auriculo-temporal et du sympathique, la vacuolisation des cellules devient extrême; il ne reste souvent de toute la cellule qu'un seul noyau qui, lui aussi, devient quelquefois à peine perceptible; à la place de la cellule on observe une énorme cavité (V. *fig.* 20, *c*) qui semble dans certains cas complètement vide, et qui dans d'autres paraît remplie d'une masse homogène, traversée par places des débris de l'ancien réseau cellulaire. Les noyaux, quand ils existent, présentent une forme arrondie avec des nucléoles très nettement dessinés.

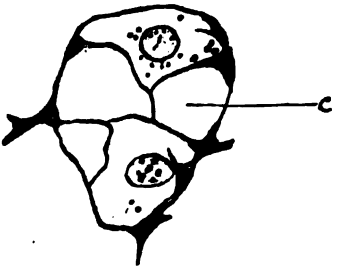


Fig. 20.

Dans toutes ces expériences, l'excitation a été provoquée à l'aide d'un courant de force moyenne et pendant un laps de temps à peu près le même : une heure et demie environ.

J. Roubinovitch.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ PSYCHIATRIQUE DE BERLIN

LXXXe SÉANCE.

Séance du 17 mars 1894. — PRÉSIDENCE DE M. LŒHR aîné.

L'ordre du jour appelle la *discussion* sur les rapports de MM. CRAMER et BŒDEKER. *Délimitations et divisions de la folie systématique (paranoïa)* [1].

M. MENDEL. — L'anarchie dans laquelle est plongée la nomenclature psychiatrique nous impose le devoir de considérer avec la plus vive attention toute tentative scientifique faite pour préciser les dénominations. Aussi ai-je salué avec une joie profonde le rapport distingué de M. Cramer. J'appuie vivement l'appel qu'il fait aux spécialistes de ne pas trop restreindre certains types morbides afin d'éviter qu'on ne perde de vue l'ensemble de la pathologie mentale. Il a également raison, à mon sens, de faire remarquer que le mot dégénérescence (à l'exemple de maint autre cliché tel que suggestion et auto-suggestion) n'explique en bien des cas rien, et obscurcit plus qu'il n'explique l'état des choses.

Mais je ne puis souscrire à la définition trop étendue de la paranoïa qu'il propose. A côté de la manie, de la mélancolie, de la folie systématique, je reconnais, comme psychoses fonctionnelles distinctes, le délire hallucinatoire et la démence aiguë. Sous le nom d'amentia (Meynert), folie hallucinatoire (Fuerstner), con-

[1] Ce qui suit fixe très nettement les idées sur la terminologie allemande et sur les opinions des savants allemands en matière de pathologie mentale. On pourra en s'en pénétrant bien, lire et comprendre en parfaite connaissance de cause les ouvrages ou mémoires étrangers de psychopathologie. Aucun des articles écrits jusqu'ici ne vaut la photographie même de la discussion qui nous occupe, à laquelle nous nous sommes efforcé de conserver sa physionomie tout en précisant les termes par la synonymie convenable. L'étude parachevée des types nosographiques ainsi conçus permet de se reporter à titre de documents aux Revues analytiques de toute la collection des *Archives de neurologie* depuis quinze ans. (P. KÉRAVAL.)

fusion mentale (Wille), il faut entendre une maladie ayant pour symptôme essentiel les hallucinations qui provoquent le délire. Il est indubitable que ces symptômes-là se montrent à l'état passager dans toutes les folies fonctionnelles et organiques : mais elles n'en constituent pas le principal, tandis que dans le délire hallucinatoire ce sont des symptômes fondamentaux et permanents pendant tout le cours de la maladie qui, en tant que pronostic, paraît être la maladie mentale la plus favorable de toutes.

L'espèce de paralysie de toutes les fonctions psychiques que nous observons, de même que le délire hallucinatoire, à la suite notamment de maladies infectieuses, de traumatismes, tient aussi bien à un état physique qu'à un état mental; on la désigne sous le nom de démence aiguë : il n'est pas possible de la faire rentrer dans le cadre de la folie systématique (paranoïa).

M. Jastrowitz. — Je ne puis m'associer à la définition de M. Cramer sur les psychoses fonctionnelles. Toute définition doit s'appuyer sur des faits établis; elle doit surtout éviter d'anticiper sur les opinions de manière à enrayer les progrès de l'avenir. Il faut, pour certaines des formes en question, attendre la découverte de lésions anatomiques encore absentes; ainsi, dans la folie systématique chronique, qui se prolonge pendant toute la vie et se termine par la démence, nous trouvons assez souvent des symptômes somatiques d'ordre nerveux tels que de l'inégalité pupillaire, de l'affaissement des muscles de la mimique et du squelette, des attaques épileptiformes. Or ceci n'existe pas dans les formes de l'amentia que l'on rapporte à des causes toxiques bien que les perturbations se puissent rapidement dissiper. Il faut faire servir dans l'espèce à la définition les symptômes qui se montrent dans le cours de la maladie, en en établissant le genèse, la description, l'analyse, la marche, la terminaison, plus encore que dans les maladies mentales à lésions qui permettent de relier entre eux les phénomènes cliniques. Jamais en tout cas, on ne doit asseoir de définitions fondamentales sur la description de quelques tableaux morbides momentanés ou d'états morbides qui se prolongent pendant quelque temps; ces dénominations sont prématurées. Nous savons tous, par exemple, que les éléments morbides tels que l'agitation, l'angoisse, l'excitation, les hallucinations sensorielles, les illusions, les obsessions, les conceptions délirantes, la confusion mentale, la stupeur, peuvent persister seuls ou combinés entre eux en syndromes. Dans ces conditions ils forment des tableaux morbides, des phases nosographiques, des épisodes pathologiques qui peuvent apparaître en des psychopathies tout à fait différentes; c'est ce qui se produit pour les hallucinations et les idées de persécution dans la mélancolie, et même dans la manie et l'amentia. Or nous avons à délimiter non des syndromes, mais des formes

morbides. Cette préoccupation ne peut aboutir que par une vue d'ensemble. Si l'on emploie, pour arriver à ce but, une expression que plusieurs auteurs envisagent différemment, on établit dans la terminologie une confusion inextricable. Prenons par exemple la *confusion mentale* (*Verwirrtheit*).

Elle s'applique à l'*amentia* considérée comme forme morbide et aussi aux états mentaux les plus différents auxquels la langue allemande n'a guère assigné d'expressions convenables — aux délires, au désordre dans les idées (confusion des Latins) dont le plus haut degré est la perplexité (quand il y a en même temps légère stupeur), à la confusion accompagnée d'angoisse, qui serait mieux désignée peut-être sous le nom de perturbation — et à de nombreux troubles mentaux qui ne sont qu'approximativement caractérisés par toutes ces expressions. Ces troubles intellectuels ont un caractère commun; c'est l'incapacité des malades de venir à bout des opérations psychiques qui se passent en eux, de les mener à bien, de les terminer correctement. Cette incapacité peut se manifester dès le début par une perception déjà imparfaite, impossible ou falsifiée; ou bien, ils ne peuvent associer des impressions antérieures qu'ils ont pour ainsi dire emmagasinées et qu'ils sont impuissants à convertir en des pensées de leur cru, parce que les associations d'idées sont, chez eux, inopportunes ou inexactes. Le mécanisme de la logique n'est pas atteint, si tant est qu'il fonctionne encore, parce que les lois qui président à l'enchaînement des idées sont en rapport avec la structure anatomique du système nerveux central et subsistent, mais l'opération terminale est faussée par l'insuffisance de l'acte initial et la faiblesse des transmissions.

Pour sortir de ce chaos des formes morbides de l'amentia, de la folie systématique aiguë (paranoïa acuta) et de la folie systématique chronique, il nous faut, à l'exemple de Schuele, nous appuyer d'abord sur la folie systématique chronique, qui est la forme la plus généralement et la plus anciennement connue. Que faut-il désigner sous ce nom de paranoïa chronica ou *Verrücktheit?* Griesinger était arrivé à identifier les deux termes de *Wahnsinn* et de *Verrücktheit;* il ne se servait plus de l'expression de *Wahnsinn*. Morel en publiant sa théorie des formes héréditaires avait enlevé du groupe de la folie systématique, la folie systématique (*Verrücktheit*) hypocondriaque qui passe par les périodes de l'hypocondrie, du délire des persécutions et du délire des grandeurs pour aboutir à la démence. Dans ces conditions, dit Fr. Hoffmann (1862), la variété de la folie hypocondriaque de Morel étant rare, il faut « comprendre sous le nom de *Verrücktheit*, invariablement, une folie primitive à signes positifs, à la rigueur curable ». Pour cet auteur, beaucoup de folies systématiques sont congénitales, elles font partie de la personnalité de l'individu; leur histoire remplit toute la vie. Elles procèdent par poussées; il en existe une forme mélancolique, exaltée, hallucina-

toire et instinctive; dans cette dernière il faut englober la folie morale (*moralischer Wahnsinn*).

En 1865 paraît le travail de Snell aîné, sur la genèse de la folie systématique primitive; qu'il appelle encore monomanie ou *Wahnsinn*. Il y reconnaît un élément expansif, l'exaltation du moi malgré les idées de persécution, et la sépare ainsi de la mélancolie; la systématisation des idées présomptueuses lui permet de la séparer de la manie. Ces idées présomptueuses sont d'ordinaire, dit-il, secondaires, mais elles peuvent également être précédées d'idées de persécution ou se développer en même temps qu'elles. Elle évolue dans la plupart des cas, graduellement, rarement on y voit des accidents aigus fougueux. Cette folie systématique d'emblée est bientôt admise sans réserve par Griesinger. W. Sander en publie des exemples d'une forme originelle; enfin C. Westphal, en 1878, montre que la folie systématique (*Verrücktheit*) peut se développer d'emblée de l'hypocondrie (Morel), mais qu'elle peut également se développer sans celle-ci. Dans ce cas, les idées de persécution d'abord, puis celles de grandeur, ou les deux espèces d'idées délirantes simultanément, s'implantent spontanément dans le champ de la conscience sous la forme de conceptions délirantes, ou bien, tout à coup, en pleine santé, gronde un torrent d'hallucinations sensorielles, de l'ouïe notamment, qui donnent naissance au délire; enfin il en existe une forme originelle dans laquelle le délire, latent dans la première enfance, se constitue pendant le développement de l'individu. Westphal ajoute que les obsessions sont une forme de folie systématique abortive parce qu'en pareil cas, ce qui est l'essentiel, c'est l'existence de conceptions anormales, comme dans la folie systématique, les troubles de la sensibilité morale étant de nature subordonnée et dépendant, dans la folie systématique, généralement du texte des conceptions, du délire sensoriel. Pour lui aussi, l'affaiblissement intellectuel ne fait pas partie des traits caractéristiques de la folie systématique. Il mentionne également l'existence d'une marche aiguë de cette maladie, indépendamment de sa genèse aiguë; cette forme aiguë peut guérir, de sorte que la folie systématique peut être mise au nombre des folies curables.

Cette simple mention, sans description ni délimitation, d'une folie systématique aiguë à marche rapide est la cause, pour la plus grande partie, de la confusion qui s'est établie dans ce territoire de la pathologie mentale. Car au lieu de suivre les avis de Westphal et d'en faire une étude exacte, de se demander d'abord s'il existe une folie systématique aiguë, comment elle est constituée, on en regarda l'existence comme certaine et d'un type achevé. On se mit à la diagnostiquer. Si, en présence d'un malade atteint de confusion mentale, on eût essayé de constituer le type clinique, si on avait tenté, d'après les traits et les signes du tableau morbide, de déterminer ceux qui étaient capables de servir à formuler un diagnostic

et un pronostic, on diagnostiquerait aujourd'hui tous les cas de folie systématique aiguë. Si réellement le complexus morbide n'était que passager, le diagnostic était justifié, sinon la paranoïa acuta devenait de la paranoïa chronique ou de la démence. Lorsque Meynert sépara la confusion mentale ou amentia et en fit une forme morbide, les auteurs en l'étudiant se demandèrent, en présence de ce qu'il désignait sous le nom d'amentia, ce que devenait la folie systématique aiguë et inversement, quand il posait le diagnostic de folie systématique aiguë, ce que devenait l'amentia. C'est pourquoi Wille, en traitant de l'amentia : où est la folie systématique aiguë? dit-il. Et pour beaucoup de jeunes auteurs, l'amentia a vécu. D'après cet exposé. il résulte que la plus grande difficulté préside à la distinction et à la délimitation de ces deux formes.

La division de M. Mendel n'a rien modifié à cette confusion. Tout en devant la discuter et en examiner la légitimité, je m'en servirai cependant. D'abord parce que MM. les rapporteurs l'ont adoptée pour base de leurs développements, puis, parce qu'il est nécessaire, pour la clarté de la discussion, d'adopter une division quelconque, fût-elle artificielle.

Je traiterai donc en peu de mots successivement : de la folie systématique chronique simple (*paranoïa chronica simplex*) de la folie systématique chronique hallucinatoire (*paran. chron. hallucinatoria*), de la folie systématique aiguë simple (*paranoïa acuta simplex*), de la folie systématique aiguë hallucinatoire (*paran. acut. hallucinat.*).

La *folie systématique chronique* (*paranoia chronica*) a pour caractère : l'existence d'un système de délire fixe qui s'édifie lentement sans que la conscience soit troublée, la sensibilité morale prenant une allure expansive ; ce système de délire modifie, transforme la personnalité et en change les rapports avec le monde, extérieur ; il y a donc un déplacement de l'individu par rapport à ce qu'il était avant, il est *Verrückt*, dérangé de sa situation. La genèse de la paranoïa est produite par une forte tare névropathique, et par le terrain sur lequel elle se développe, terrain déjà anormal ; il s'agit d'individus déjà hypocondriaques et soupçonneux, très égoïstes et présomptueux, presque mégalomanes ; on peut donc dire que la maladie est déjà épanouie à la période de la jeunesse, pendant ou après la puberté. La *verrücktheit* apparaît donc comme le renforcement, l'exagération des tendances naturelles, mais la *paranoïa chronique* n'existe que lorsque apparaît le système de délire précis et fixe. Ce délire évidemment ne préexiste pas à l'origine même de l'individu. Souvent aussi le délire de persécution ou de grandeur avec ses couleurs spéciales est précédé de l'autophilie (*Eigenwahn* de Meynert, relations morbides du moi de Neisser) qui résulte d'une falsification des perceptions sensorielles, autophilie pouvant être produite parfois, comme dans l'amentia, par des illusions ; le malade voit mal

les gestes ou les mouvements d'une autre personne qui généralement occupe une position supérieure à la sienne, il voit à tort des physionomies menaçantes ou amicales et les interprète dans un sens qui lui est nuisible ou favorable. Toute une série de conceptions en rapport avec la personne du sujet prennent aussi un développement morbide. Puis apparaissent des troubles intellectuels incompatibles avec l'intégrité de l'intelligence, des conclusions tirées d'associations d'idées saugrenues absolument étrangères à un cerveau normal. Ces malades vous diront par exemple : « A l'étalage, il y avait des vêtements de couleur tranchée rouge et blanche, cela indique que je suis d'une autre race. » Ces propos ne résultent pas seulement de faux rapports du moi, ni d'une aperception erronée, ce sont purement et simplement des conclusions saugrenues, idiotes, dues à un dérangement, à une déviation du raisonnement.

Pour moi, à la paranoïa chronique préexiste une débilité mentale, une imbécillité, ou plutôt une démence congénitale indiscutable dont les signes apparaissent d'ailleurs dès les premiers stades de la folie systématique chronique. A ce propos la terminologie qui a cours dans les livres est à mon sens vicieuse. La débilité mentale et l'imbécillité sont désignés sous le nom générique de *Schwachsinn* qui désigne d'après les auteurs la *faiblesse intellectuelle congénitale*, et la démence sous le nom de *Blœdsinn* qui désigne une faiblesse intellectuelle acquise [1]. Moi j'appelle démence (*Blœdsinn*) une altération qualitative de l'activité mentale ; il y a des inconséquences entre les actes et les mobiles de ces malheureux et dans leur physionomie. Le débile et l'imbécile (*Schwachsinnig*) présentent pour moi un affaiblissement quantitatif de l'activité mentale tout entière. Ces derniers conservent leur personnalité ; leurs fonctions psychiques affaiblies sont encore harmonisées, s'ils ne sont pas capables de réflexions profondes, leurs actes sont en rapport avec les motifs qui les ont déterminés, tout impulsifs soient-ils. Le dément, au contraire, (*Blœdsinnig*) a perdu, en partie au moins, toute personnalité ; encore capable d'opiniâtreté et d'énergie dans ses actes, il n'en peut donner les motifs, c'est l'impulsivité la plus automatique qui soit, les jeux de leur physionomie sont eux-mêmes étranges et dissociés. Ce sont les originaux ou dégénérés impulsifs.

Ceci ne veut pas dire qu'il n'y ait aussi parmi les fous systématiques des débiles et des imbéciles. Mais l'inconséquence en est le caractère et cette inconséquence entre le délire partiel ou fixe et les actes est remarquable. Ce qui ne veut pas dire non plus que ce qui leur reste d'activité mentale soit absolument sain. D'ailleurs, chez ces déments, ou plutôt chez ces dégénérés, les hallucinations se

[1] Blœdsinn signifie aussi et désigne aussi l'idiotie dans la plupart de traités allemands en même temps que la démence. (P. K.)

voient; or on sait qu'elles ne manquent jamais dans la folie systématique chronique : ils sont le jouet de troubles morbides, tels que tics, actes impulsifs, agitation maniaque avec confusion mentale, survenant par poussées et diminuant leur intelligence. Les processifs qui présentent, comme on sait, la plus longue résistance, et les hypocondriaques persécutés finissent aussi par la démence quand leur affection dure depuis un temps suffisamment long. Cette démence apparaît de la façon la plus rapide et la plus profonde quand elle s'implante sur le terrain d'une faiblesse mentale congénitale (*Schwachsinn*) et quand elle frappe une variété de paranoïa développée à l'âge de la croissance. Qui doute de la démence en tant que symptôme général de la paranoïa chronique, doit essayer de trouver sur un grand nombre de malades, des fous systématiques chroniques qui présentent une netteté intellectuelle complète en dehors de leur délire.

En réalité ce sont les signes de la démence qui nous ont servi de guides, au début du diagnostic, et ce sont encore eux qui nous serviront de guides quand il s'agira de distinguer, en présence d'une confusion mentale avec une agitation, si nous avons affaire à une folie systématique chronique ou à une folie systématique aiguë curable.

Un sérieux obstacle à la différenciation exacte de la débilité et imbécillité (*Schachsinn*) et de la démence (*Bloedsinn*) réside dans ce fait que, en Allemagne, l'imbécillité très marquée s'appelle aussi *Blœdsinn*. Il faudrait donc, quand il s'agit de faiblesse intellectuelle congénitale, employer, suivant ses degrés, les mots de : infériorité, imbécillité, idiotie, et, lorsqu'il sagit de faiblesse intellectuelle acquise, prendre les expressions de débilité mentale et infirmité mentale. Nous devons en séparer la démence (*Blœdsinn*) et d'après ses phénomènes caractéristiques et d'après ses degrés. Nous n'aurons pas de peine à reconnaître des signes de celle-ci souvent précoce et légère chez les fous systématiques encore capables d'activité utile dans la vie. Il est impossible de donner à ce sujet tous les développements qu'il comporte. Un exemple entre tous suffira. On connaît ces fous systématiques qui s'attachent avec une énergie incalculable à remuer ciel et terre pour se faire passer pour les martyrs des asiles d'aliénés ou les victimes des aliénistes et des tribunaux. Ils masquent avec soin leur délire et le système qu'ils ont échafaudé, ainsi que leurs hallucinations et leurs illusions, ou bien ils s'arrangent de façon à leur donner couleur d'une certaine probabilité en trouvant des motifs apparents à leurs allégations. Les médecins légistes s'efforcent en vain de démasquer chez eux la débilité mentale, parce qu'ils ne savent pas juger à leur juste valeur les actes stupides, brusques et puérils auxquels les malades ne peuvent donner aucun motif logique ; c'est précisément là que réside le caractère de la démence.

Nous arrivons maintenant à la *folie systématique chronique hallucinatoire* (*paranoia chronica hallucinatoria*). D'abord existe-t-elle? Existe-t-il une *Verrücktheit* chronique, incurable, qui, sans agitation, se développe graduellement sous l'influence d'hallucinations sensorielles, et rien que sous cette influence, et atteigne un certain degré? Le nom qui précède est-il justifié?

En dehors des hallucinations qui provoquent la variété hypocondriaque, il existe en effet une genèse semblable de la maladie qui nous occupe, rare, que l'on ne voit guère dans nos asiles. Dans cette maladie, les malades, en pleine lucidité, se plaignent de brusques hallucinations de l'ouïe auxquelles ils résistent, tout comme les obsédés à leurs obsessions. Ces hallucinations peuvent persister longtemps, pendant des années, elles peuvent aussi se montrer intermittentes, si bien que l'on pourrait presque croire à un trouble cérébral isolé, à une excitation du centre auditif. Finalement les malades succombent, ils croient à la réalité de leurs hallucinations et c'est alors que naît le délire fixe des persécutions. On pourrait faire rentrer dans cette forme la folie systématique des prisonniers, condamnés à la réclusion en cellule, qui débute par des hallucinations isolées de l'ouïe.

On sait que, quand dans un complexus morbide prédominent des hallucinations d'un sens, elles donnent le ton au délire et peuvent rester ainsi isolées et uniformes, que l'accumulation de plusieurs hallucinations sensorielles aggrave le pronostic et précipite le malade dans la démence avec confusion mentale, dans la démence confuse, que la même chose se produit quand surviennent les hallucinations psychiques de Baillarger qui font croire aux malades qu'on connaît leurs pensées, qu'on les leur impose, qu'on les leur soustrait. La maladie peut aussi être parcourue par des accès d'agitation, procéder par poussées qui généralement aggravent l'état mental. En revanche, s'il ne se produit pas d'aggravation semblable, on peut croire à une intermittence ou une paranoïa aiguë.

La *folie systématique aiguë, simple et hallucinatoire* (*paranoia acuta, simplex et hallucinatoria*) pour laquelle on a tout récemment essayé de réintroduire très malheureusement le nom ancien tout à fait impropre et tombé dans l'oubli de *Wahnsinn* doit représenter la paranoïa chronique abrégée et concise. Il s'agirait donc d'un *système de délire* faisant brusquement explosion ou se développant sous une forme expansive assez intense, malgré l'apparence parfois mélancolique qu'il revêt, qui, soit que la maladie ait débuté par de l'agitation véritable, soit qu'elle soit demeurée dans les limites de l'expansion pure, survit à ce premier épisode et persiste, alors même que le calme et le sang-froid sont revenus, pendant quelque temps. En outre, les hallucinations sensorielles, soit pressées (*paranoia acuta hallucinatoria*),

soit isolées ou de simples illusions (*paranoia acuta simplex*) servent à la construction des idées délirantes et à leur conception, formant ainsi un tout. Mais il n'y a point paranoïa lorsqu'il n'existe que quelques idées délirantes dépourvues de lien entre elles; l'autophilie même ou exagération de la personnalité dont nous avons parlé plus haut pouvant exister dans l'amentia. La marche de la folie systématique aiguë est donc rapide; la terminaison varie. Elle peut guérir, on l'admet sans conteste. Elle peut, ainsi qu'on l'admet aussi sans réserve, aboutir à la confusion mentale chronique ou désordre dans les idées chronique (*chronica Verwirrtheit*) — *amentia chronica* ou *secondaire* — qu'il est bien difficile, on le conçoit, de distinguer de la démence confuse (*dementia confusa*). Peut-elle aboutir à la folie systématique chronique? Des auteurs recommandables en doutent. Pour moi je n'hésite pas à dire que cette transformation est certaine, et que c'est ce qui prouve le mieux le lien qui unit ces deux modalités morbides. Un médecin expérimenté qui constate encore, lorsque le calme est survenu, à la suite de la paranoïa aiguë, l'adhérence assez persistante des idées délirantes et même la création ultérieure de quelques autres conceptions de ce genre, se demande s'il a bien devant lui un type de paranoïa aiguë ou de paranoïa chronique; n'est-ce donc pas là un premier signe en faveur de la possibilité de cette troisième terminaison? Puis, chez les débiles, on observe une première atteinte de paranoïa aiguë pure qui passe sans laisser de traces; plus tard, la même affection, tout à fait semblable dans ses symptômes au premier épisode, reparaît, et, cette fois, loin de rétrocéder, elle aboutit à la paranoïa chronique et à la démence. C'est une évolution analogue que nous voyons se faire chez les héréditaires névropathes. Une première poussée brusque de délire paranoïque ou délire d'emblée qui évolue rapidement et disparaît sans laisser de traces — seconde poussée pouvant se reproduire après un long intervalle de plusieurs années de parfaite santé mentale et pouvant guérir; cette seconde bouffée peut du reste ne plus se produire jamais et le malade demeure guéri, mais si elle se produit, sans guérir, elle passe à la chronicité et à la démence — enfin il se peut faire qu'il y ait plusieurs bouffées de délire systématique aigu curable.

Ces exemples nous conduisent à faire grand cas des deux variétés de paranoïa hallucinatoire aiguë décrits par M. Mendel. Au premier stade d'excitation et même d'angoisse, succède une agitation maniaque progressive ; en même temps hallucinations accompagnées de délire suraigu dans lequel on distingue déjà un noyau d'idées délirantes coordonnées; puis l'agitation tombe et la lucidité reparaît graduellement. Cette lucidité n'est cependant qu'apparente, les conceptions délirantes prennent racine, les hallucinations sensorielles persistant, puis elles disparaissent de concert avec la

disparition de ces dernières, soit assez vite, soit à une periode plus tardive; finalement la guérison a lieu. Il peut aussi arriver que les deux éléments morbides que nous venons d'indiquer s'implantent dans le cerveau; la folie systématique en est la conséquence obligée. Si le malade conserve un certain degré d'excitation, la lucidité apparente susindiquée n'entre pas en scène et il tombe dans la confusion mentale chronique (*chronische Vewirrtheit*) sans passer par le stade de systématisation hallucinatoire. J'ai assez souvent vu de tels malades arrivés à un état remarquable de lucidité éprouver peu après une rechute; agités et hallucinés, ils tombent alors dans le désordre chronique des idées, état de dissociation intellectuel (*Verworrenheit*) dont ils ne sortent plus. A côté de cela, il peut y avoir plusieurs rechutes de cette espèce sans que tout espoir de guérison soit perdu.

La *folie systématique aiguë simple* (*paranoia acuta simplex*) est l'apanage de la faiblesse d'esprit congénitale ou elle survient chez des personnes qui, pour n'importe quelle cause, sont devenues des débiles moraux ou intellectuels. A la suite d'une émotion ou d'une maladie physique, les voilà inquiets, excités, déprimés, ils se croient, sans motifs, persécutés et en butte à des influences pernicieuses pour eux, accusent une haine qui les poursuit, interprètent mal des événements indifférents ou sans rapport avec eux qu'ils croient dirigés contre eux; de là des manières de voir et des conclusions erronées qu'il leur est impossible de rectifier, leur sens commun fonctionnant mal, et qu'ils persistent à développer grâce à la complication d'hallucinations prises pour des réalités; ainsi se forment des idées délirantes qui par les raccords et l'ajustement ressemblent assez à celles qui se montrent chez les gens jouissant de la plénitude de leur bon sens. Mais ici la fixité des conceptions n'est pas aussi profonde, aussi quand on change ces malades de milieu, peut-on agir favorablement. On peut, comme le dit Fr. Hoffmann (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, 1862, t. XIX, p. 384), *effacer* le délire en changeant les sollicitations des impressions nerveuses de ces fous systématiques. Ces malades peuvent donc guérir. Mais ils peuvent aussi tomber dans la démence (*amentia chronica*) ou dans la démence confuse (*dementia confusa*); il suffit pour cela que les hallucinations sensorielles subsistent et se développent. Enfin ils peuvent aussi faire un délire chronique systématique (*paranoia chronica*). L'observation ne présente aucune difficulté, on suit d'autant plus nettement l'enchaînement des phénomènes qu'il s'agit en somme uniquement de l'opiniâtre implantation d'idées délirantes très simples qui amènent la démence (*Dementia, Blœdsinn*) sans qu'aucun élément nouveau s'ajoute aux symptômes psychiques. Pour moi, en effet, la démence (*dementia*) appartient aux signes de la folie systématique chronique et non à ceux de la folie systématique aiguë; son apparition signifie donc, à

mon sens, que la folie systématique aiguë se transforme en folie systématique chronique et devient incurable.

S'il peut être difficile de délimiter la folie systématique aiguë, de la distinguer de plusieurs cas de mélancolie hypocondriaque, de mélancolie et de manie avec hallucinations sensorielles, il est extrêmement difficile de tracer les lignes de démarcation qui la séparent de l'amentia (confusion mentale, désordre dans les idées). Nous n'y arriverons qu'en nous maintenant rigoureusement dans le cadre symptomatique de la folie systématique aiguë, tel que nous venons de le tracer, et si, avant d'admettre l'existence de cette maladie, nous en fixons les analogies avec la folie systématique chronique. Ce faisant, nous verrons que la folie systématique aiguë perdra de son importance, qu'elle n'aura plus cette ampleur illégitime et presque monstrueuse que maints auteurs modernes lui ont assignée. On semble aujourd'hui généralement sentir qu'elle doit être considérablement limitée et qu'on doit la restreindre au bénéfice de l'amentia.

Passons donc au *désordre dans les idées, à la confusion mentale*, désigné sous le nom d'*amentia*. Examinons donc les délires qui constituent les limites les plus extrêmes des mêmes formes aiguës. Quelle idée faut-il se faire du délire de collapsus ou toxique ou encore d'épuisement qui se montre à la suite de l'érysipèle, de la pneumonie, de la fièvre typhoïde, des opérations chirurgicales, du choc traumatique, de l'insolation, de l'alcoolisme suraigu, de l'ingestion cocaïnique, de l'absorption de la belladone? Qu'a-t-il à faire avec les différentes variétés de folie systématique (paranoïa)? Examinons l'ensemble de la marche de ces délires; quelle en est l'analogie avec la folie systématique chronique (*paranoia chronica*)? Ces délires, ou *amentiæ delirantes acutissimæ*, sont des espèces d'angoisse rapidement passagères, sortes de songes fréquemment (mais il s'en faut de beaucoup que ce soit toujours) en rapport avec de nombreuses hallucinations de plusieurs ou de tous les sens. Quand les hallucinations sensorielles collaborent à la confusion mentale (*Verwirrtheit*), dont elles ne sont pas les seules coupables, il y a lieu de formuler l'expression de *délire hallucinatoire* (*delir. hallucinatorium*). Mais il ne faut point appliquer cette dernière expression aux espèces d'*amentia prolongée* qui par exemple est observée chez les vieillards, dans les lésions organiques du cerveau, chez les diabétiques, les cardiaques, les malheureux atteints d'affections rénales, tous cas dans lesquels on observe souvent pendant des semaines et même plus longtemps une confusion mentale, un désordre dans les idées (*Verwirrtheit*) tout particulier. Chez ces patients, il y a alternative de lucidité suffisante pendant laquelle ils parlent sensément s'attachant simplement à certaines idées erronées et à des souvenirs laissés en eux par des rêves fantasques, et de complète désorientation. Au début parfois il apparaît des idées d'em-

poisonnement, de persécution ou de grandeur, non systématisées, non coordonnées, qui disparaissent aussi brusquement qu'elles sont venues. Les hallucinations vont et viennent de la même façon tandis que les illusions, fréquentes dans l'espèce, persistent plus longtemps.

Des modalités précédentes de la confusion mentale ou désordre dans les idées (*Verwirrtheit*), il convient de rapprocher l'*amentia stuporosa* ou *démence aiguë* (*dementia acuta*), *l'amentia subchronica* qui peut durer des mois, voire des années, dont la *folie des accouchées* est un exemple entre tous, et nous en avons fini avec le désordre dans les idées, ou confusion mentale désignée sous le nom d'*amentia*. Nous en détachons à dessein la confusion mentale des épileptiques et des hystériques. Il ne nous est pas possible de croire que les états d'obnubilation intellectuelle, de rêvasserie, d'agitation maniaque des épileptiques et les équivalents psychiques de leurs attaques convulsives puissent être tenus pour de la confusion mentale surajoutée à de l'épilepsie; ces symptômes sont sans exception des manifestations faisant partie intégrante de l'épilepsie même.

Toutes les variétés que nous venons d'énumérer de l'*amentia* ont pour signes distinctifs communs : l'état de trouble de la connaissance qui peut aller jusqu'à la stupeur, la suppression totale ou partielle de la lucidité, l'impossibilité de percevoir exactement les impressions sensorielles, de coordonner des idées et d'aboutir à une idéation complète lorsque la perception est demeurée correcte, parce que le système nerveux central est des plus affaiblis. De là les nombreuses illusions des malades de ce genre, illusions souvent antérieures aux hallucinations sensorielles, et leur désorientation; incapables de se rendre compte du temps, du lieu, des personnes, ils se meuvent sans adapter leur locomotion à un but voulu, ils n'ont plus idée des rapports qui fixent leurs personnalités ou les relient aux autres, ils ont des interprétations fausses ou ne peuvent saisir ni interpréter. Le fou systématique connaît également l'importance et la signification de toutes choses, le malade atteint de confusion mentale a perdu toute notion, contrairement à ce qui se passe dans la folie systématique aiguë, les accidents morbides sont soumis collectivement à un continuel changement, ils ont pour caractère de n'en avoir pas. Meynert les a ainsi définis : oscillation perpétuelle des symptômes sans valeur distinctive, défaut d'unité dans la pensée et dans l'humeur. On ne lui trouve pas ce cachet expansif qui forme toujours le fond de la folie systématique; elle va de la tristesse la plus noire à la plus riante gaieté, à la colère la moins motivée, avec la même impétuosité. Tels sont les symptômes de déficit : à côté d'eux, Meynert range l'agitation qui constitue un symptôme d'excitation. En somme, dans la confusion mentale ou désordre dans les idées (*amentia*), l'*incohérence*

est le cachet des manifestations psychiques, dans la folie systématique (*paranoia*) celles-ci sont *désajustées* ou *déplacées* (*Incongruœnz*).

La confusion mentale se distingue donc, de par sa nature, de la folie systématique aiguë; elle s'en distingue aussi de par son étiologie, puisqu'elle débute généralement soudain après l'action de l'épuisement, de la dyscrasie hématique, de l'intoxication, du développement des toxines. Mais il est moins facile d'en trouver les caractères différentiels dans sa terminaison, puisque, comme dans la folie systématique aiguë, elle peut guérir, mais elle guérit en laissant des lacunes intellectuelles. Toutes deux peuvent aboutir à la confusion mentale chronique ou désordre chronique dans les idées, terminée elle-même par la démence confuse (*dementia confusa*) qui apparaît encore plus rapide et plus forte à la suite de la confusion mentale non guérie. Mais ce qui est certain, c'est que la confusion mentale n'aboutit pas à la folie systématique chronique. Si la guérison incomplète de l'*amentia* laisse une lacune intellectuelle qui sert de terrain à l'évolution d'une folie systématique chronique (cela est hors de doute), il ne s'agit en tout cas que d'une genèse secondaire et non d'une transformation directe de l'amentia en paranoïa chronique, tandis que la folie systématique aiguë (*paranoia acuta*) passe directement à l'état de folie systématique chronique (*paranoia chronica*).

Ainsi MM. Cramer et Bœdeker ont fait ressortir la parenté de la folie systématique chronique (*paranoia chronica*), de la folie systématique aiguë (*paranoia acuta*) et de la confusion mentale (*amentia*) parce que ces trois complexus ont des symptômes dont la genèse est connexe (hallucinations sensorielles — idées délirantes — incohérence) — et qu'ils sont reliés entre eux par une affection de l'activité intellectuelle. Quelque opinion que l'on ait sur cette manière de voir, il est impossible qu'on les suive plus loin et que l'on admette que ces trois types morbides ont pour base commune la folie systématique ou paranoïa. Un delirium tremens n'a, à mon sens, rien de commun avec la paranoïa, si ce n'est les hallucinations et l'agitation, mais ces deux éléments morbides ne surviennent-ils pas dans les psychoses les plus différentes? Ce n'est donc pas la symptomatologie qui doit servir de repère à la caractéristique de la maladie, et à sa dénomination, c'est l'ensemble du tableau morbide et sa terminaison. L'étiologie même est impuissante. Prenons l'alcoolisme; on y constate : du délirium tremens qui est une *amentia delirans acutissima* qui, dans la plupart des cas peut être désignée sous le nom de *délire hallucinatoire*; on y constate : les formes rapportées *supra* de la confusion mentale, la folie systématique aiguë et chronique (*paranoia acuta et chronica*) enfin, la paralysie générale alcoolique; il est évident que tout cela c'est de l'alcoolisme et cependant il produit autant de types morbides

caractérisés d'après leur marche et qui par suite doivent chacun recevoir une dénomination particulière.

Quant au nouveau type décrit récemment par M. Mendel sous le nom de *folie systématique périodique* (*paranoïa periodica*) il ne nous est pas possible de l'admettre. La description précédente indique en effet qu'il n'y a paranoïa que lorsqu'on a devant soi des symptômes essentiellement analogues à ceux de la folie systématique chronique ou des complexus symptomatiques se confondant directement avec celle-ci. Il faut effacer de la paranoïa tout ce qui ne remplit pas ces deux conditions.

M. Jolly. — Les rapports qui existent entre la confusion mentale aiguë (*acute Verwirrtheit*), et la folie systématique aiguë (*paranoïa acuta*) acquièrent une netteté remarquable, quand on se pénètre bien de ce qu'est l'alcoolisme aigu ; l'examen de cette forme morbide permet de saisir la différence et la parenté des deux éléments pathologiques en question. Ainsi les malades affectés de delirium tremens sont fréquemment en proie à des conceptions délirantes polymorphes, ayant tout le caractère de songes, produites par des images mouvantes, qui continuellement sont fournies par les sens; c'est une fantasmagorie kaléidoscopique de tableaux et d'idées n'ayant entre eux aucuns liens ou n'ayant que des relations très lâches. Ces malades sont, au sens propre du mot, délirants, ils battent la campagne, mais ils sont aussi en plein désordre intellectuel; c'est là le type de la *confusion mentale aiguë*. A côté d'eux, d'autres alcooliques sont hantés dès le début d'une idée fixe, d'une histoire qui demeure invariable pendant toute la durée de la maladie et qui ne fait que se développer sous l'influence d'autres songes morbides au point de se systématiser de plus en plus; voilà la folie systématique aiguë (*paranoïa acuta alcoolica* de Speyr). Celle-ci, à l'exemple des délirants simples du premier genre, peut en peu de jours évoluer et disparaître, tout comme le rêve après le sommeil, les malades peuvent aussi en conserver le souvenir pénible, mais ce souvenir finit lui aussi par s'évanouir de la mémoire. Ou bien elle dure quelques semaines pour guérir encore. Ou bien enfin elle se transforme en folie systématique chronique (*paranoïa chronica alcoolica*).

Entre ces deux groupes de délires alcooliques, il y a aussi des formes mixtes dans lesquelles une histoire mythique invariable constitue le noyau de la maladie autour duquel tourne un monde de visions mobiles. Mais ces formes mixtes, comme on le voit, ne détruisent pas l'existence des deux variétés (délirante et systématique) de l'alcoolisme aigu.

Les mêmes rapports existent entre les *pychoses aiguës* indépendantes de toute influence alcoolique. Les unes sont de la confusion mentale aiguë (*acute Verwirrtheit*) ou désordre intellectuel aigu, les autres sont de la folie systématique aiguë (*paranoïa acuta*).

La confusion mentale aiguë ou désordre aigu dans les idées, encore appelée par Fuerstner *acute hallucinatorische Verworrenheit* (désordre dans les idées hallucinatoire aigu), par Meynert *Amentia*, par Mendel *délire hallucinatoire*, présente fréquemment une marche suraiguë et favorable, quand elle est consécutive à des maladies fébriles aiguës, de sorte que le traitement à l'asile devient inutile (Mendel). Mais, même alors, il y a quelques cas dans lesquels le délire dure bien plus longtemps et continue pendant des mois. Il y a, par contre, des syndromes de confusion mentale aiguë, dont la genèse est indépendante de maladies fébriles, qui néanmoins se traduisent par les mêmes manifestations; ils sont dus soit à un épuisement physique très profond, soit à une émotion morale extrêmement vive ou bien éclatent sans motifs connus : les hallucinations manquent alors rarement, souvent elles sont le symptôme prédominant, mais elles peuvent également ne jouer qu'un rôle accessoire et, dans ce cas, c'est l'idéation qui est primitivement et directement troublée, l'enchaînement des idées est dissocié (Ziehen). Cette dissociation déconcerte les malades, trouble leur aperception et détermine le désordre des conceptions. Tout comme les délirants alcooliques de la première série, souvent ces aliénés sortent de leur somniation et arrivent à percevoir certaines impressions d'une façon correcte et à en tirer des conclusions exactes, mais ils retombent bientôt dans la confusion mentale (*Verwirrtheit*). Le polymorphisme des conceptions délirantes est, dans ces états, la règle; jamais en tout cas, il n'y a organisation d'un délire suivi, systématiquement coordonné, c'est le désordre, l'embrouillement des idées et des concepts qui prédomine jusqu'à la fin du tableau morbide. Dans certaines circonstances cela peut durer longtemps, bien souvent plusieurs mois, jusqu'à ce que s'effectue la guérison qui finalement et le plus fréquemment arrive. En d'autres cas, il en résulte un affaiblissement psychique permanent; quelquefois aussi, à la suite de la confusion mentale qui cède, on voit s'organiser quelques idées délirantes systématiques, et alors on peut dire qu'il s'est agi d'une folie systématique chronique (*paranoia chronica*) ayant été précédée d'un stade de confusion mentale (*Verwirrtheit*).

Vis-à-vis de ces exemples de délire simple susceptible parfois de se transformer en délire systématique, mais qui le plus fréquemment du commencement jusqu'à la fin restent du délire simple ou de la confusion mentale, il y en a d'autres dans lesquels de prime abord les idées pathologiques affectent une direction déterminée; dès le début, il y a délires de persécution ou de grandeur qui ne tardent pas à se mélanger. Les hallucinations jouent ici fréquemment un rôle, mais pas toujours un rôle considérable. C'est de la folie systématique aiguë (*paranoia acuta*), qui mérite sans conteste son nom. Il y en a des cas d'une durée très courte se terminant par la guérison. Il s'agit alors généralement d'héréditaires à forte tare

qui deviennent malades sous des influences minimes et reprennent très vite leur lucidité. Mais il est plus fréquent d'observer une plus longue durée de la maladie; pendant plusieurs mois le délire subsiste et subit des transformations ; tantôt c'est une agitation assez marquée, tantôt c'est une sidération quasi-stupide, enfin il peut se produire une rémission pendant laquelle une partie des idées délirantes sont corrigées ou mises en doute par le malade. La marche finales peut être favorable, mais il n'est pas rare du tout de la voir se transformer en folie systématique chronique (*paranoia chronica*) ; il n'y a donc en principe aucun motif de séparer la paranoïa chronique de la paranoïa aiguë, puisqu'il n'y a de différence entre elles que dans la variété de rapidité de l'évolution et que les signes fondamentaux des deux affections sont les mêmes.

Il est maintenant aisé de comprendre qu'entre la confusion mentale aiguë (*acute Verwirrtheit*) et la folie systématique aiguë (*paranoia acuta*), il y a les mêmes formes de transition que celles qui existent entre le délire alcoolique aigu simple et le délire alcoolique aigu systématique. Dans la folie systématique aiguë aussi on observe des épisodes de confusion mentale passagers, soit au début de la maladie, soit dans son cours; c'est fréquent. Dans la folie systématique aiguë également la dissociation de l'idéation, la suspension et l'accélération de l'émission des idées jouent un rôle essentiel, et il y a des cas dans lesquels on est tout aussi autorisé à attribuer à tel ou tel symptôme *ad libitum* l'importance prépondérante et, par suite, à fabriquer telle ou telle terminologie.

On est donc parfaitement en droit de distinguer deux variétés de folie intellectuelle primitive aiguë, sous les rubriques de confusion mentale (*Verwirrtheit*) et paranoïa (folie systématique), mais il faut savoir qu'il s'agit de deux formes proches parentes. Il convient d'y ajouter une troisième variété sous le nom d'affaiblissement psychique aigu (*acute Geistesschwœche*) ou de démence aiguë, que M. Jolly a pris l'habitude de désigner sous le nom d'*anoia acuta*. Il n'en sera pas question ici.

A côté de ces formes morbides constituées par un trouble des sources de l'idéation (*Vorstellungssphœre*), on a coutume de considérer à part comme formant un groupe parfaitement séparé, des troubles primitifs de la sensibilité morale ou affective (*Affect.-oder Gefühlsstœrungen*). Et en effet il s'agit *a priori* de quelque chose de tout à fait différent.

Mais quand on serre de près l'étude des deux types de ce dernier groupe, la *manie* et la *mélancolie*, en se plaçant au point de vue que nous venons de formuler, on reconnaît tout aussitôt que la délimitation en est loin d'être claire et simple.

En ce qui concerne la *manie*, M. Cramer dit : « Qui a vu un grand « nombre de maniaques n'éprouve aucune difficulté à établir son « diagnostic à moins qu'il ne soit un débutant ou un médecin

« praticien. » Eh bien ! ce n'est pas toujours aussi commode et le spécialiste le plus expérimenté se tâte souvent, tout comme le débutant. Les scrupules qui le hantent proviennent justement de la question qui se rattache au délire hallucinatoire ou confusion mentale, dont nous venons de parler. Dans bien des cas de confusion mentale, l'humeur des malades correspond surtout à celle de l'état maniaque, mais, réciproquement, chez le vrai maniaque, le maniaque type, on constate souvent un stade de confusion mentale hallucinatoire caractérisé soit au début, soit dans le cours de la maladie. Sans doute on dit que dans un cas l'anomalie de l'humeur est primitive et qu'elle a entraîné la confusion mentale, tandis que dans l'autre, les conceptions délirantes de l'état de confusion mentale ont provoqué une cénesthésie gaie. C'est parfait en théorie. Mais en pratique s'il y a des cas dans lesquels la succession des phénomènes est indubitable, et en d'autres il est impossible, quelque attention soutenue qu'on y mette, de faire la part de la priorité du trouble. On en peut dire autant pour quelques cas de folie systématique aiguë caractérisés par un état cénesthétique maniaque, très marqué et très persistant; là aussi il est fréquemment impossible de dire si c'est l'exaltation de l'humeur qui a produit les idées de grandeur, ou si celles-ci ont procédé à celle-là, par suite, il est tout arbitraire de ranger ces observations dans une des formes typiques. En conséquence, pour ne pas violenter les faits, on est obligé de reconnaître qu'*entre la manie d'une part et la confusion mentale et la paranoïa de l'autre, il existe des formes mixtes*, tout aussi bien qu'entre ces deux dernières formes; on arrive ainsi, suivant la prédominance de tel ou tel phénomène, à formuler les expressions de : *manie paranoïque* ou *paranoïa maniaque ;* de : *manie avec confusion mentale*, c'est-à-dire *manie délirante*; de : *confusion mentale maniaque.*

Il en est ainsi pour la *mélancolie* qui de même peut se montrer sous la variété paranoïque et délirante, tandis que, d'autre part, il existe des cas de paranoïa et de confusion mentale avec état mélancolique marqué et persistant.

Il est donc établi que les formes aiguës des troubles psychiques, dont il est question ici, envisagées au point de vue des symptômes, permettent de reconnaître tantôt une atteinte très vive de la sensibilité morale (mélancolie — manie) — tantôt une forte participation de l'idéation (confusion mentale — démence — paranoïa), et que ces termes ne désignent que pour une série de cas l'ensemble symptomatique de la maladie. Pour beaucoup d'autres observations, il faut employer des termes plus compliqués si l'on veut rendre par une expression conforme à la vérité les symptômes multiples qui correspondent aux processus morbides agissant sur toutes les parties du mécanisme psychique.

M. Morli. — Dans les perturbations mentales aiguës, c'est-à-dire

celles qui débutent brusquement et qui ont une évolution rapide, et qui procèdent surtout par création de conceptions délirantes et d'hallucinations sensorielles, il y a des formes de transition. Ainsi on reconnaît des cas dans lesquels les conceptions sont fort dissociées, et où la conscience a d'emblée, ou à la suite de cette dissociation, subi un préjudice considérable. Il en est d'autres caractérisés par l'organisation d'un délire systématique avec conservation de la pleine lucidité des perceptions, de la mémoire, etc. Il en est enfin d'intermédiaires. La construction systématique d'un délire cohérent dont le texte est exactement délimité, sans l'intervention de quelques idées et hallucinations diffuses, avec appréciation nette des choses et personnes qui entourent le malade représente la forme de beaucoup la plus rare; la plupart de ces cas se rattachent à l'alcoolisme.

M. Cramer dit, en ce qui concerne *la sensibilité morale ou affective :* « elle ne joue qu'un rôle secondaire. » Ce n'est pas tout à fait exact. Sans doute, dans la folie systématique chronique, ce qui est le plus remarquable, ce qui détermine l'évolution de la maladie en plein développement, c'est le trouble de l'activité conceptuelle. Mais il n'est pas du tout démontré que la sensibilité affective de ces malades n'ait pas été du tout amoindrie au début. On reconnaît généralement un lien entre la sensibilité, l'humeur et le texte des conceptions. Dans la vie normale les sentiments intimes provoquent et déterminent l'appréciation que chacun se fait des rapports de sa personne avec les autres. L'idée du moi se forme dès le début de la vie à l'aide des sensations et des sentiments correspondants; c'est la sensibilité morale qui, sans conteste, règle les allures de l'enfant et les adapte au monde extérieur; elle continue plus tard son rôle et nous fait comprendre le décor des choses et des personnes qui nous entourent, en leur assignant dans l'intimité de nous-mêmes leur véritable place et par suite la nôtre. Nos conceptions ont pour origine et pour mobiles les sensations de plaisir ou de déplaisir qui déterminent nos sympathies, nos antipathies physiques et morales; sensations et sentiments produisent, en engendrant les idées de relation entre notre individu et les autres, notre personnalité. Or le cercle des conceptions des fous systématiques a pour centre leur propre personne. Il est donc peu croyable que la falsification des rapports d'un être avec le monde extérieur n'ait pas été influencée par la sensibilité (terme générique) en général; naturellement nous n'entendons pas parler des paresthésies hypocondriaques ou tabétiques. Il est donc, en se plaçant dans le cadre de la psychophysiologie, plutôt à penser que, dans un grand nombre de cas, dès le début, à la période de méfiance, on n'a pas du tout affaire à l'idée obsédante et vivante d'une persécution. La sensibilité intime de ces malheureux témoigne tout au contraire d'une ten-

dance affective spéciale et prédominante qui plus tard imprimera aux conceptions relatives à leur propre personne, dès qu'elles se produiront sous une influence étrangère, leur direction morbide.

En effet, sous le nom d'hommes sensibles nous désignons les gens qui, impressionnés par un événement extérieur, sont incapables de raisonner leur émotion; l'impression morale détermine en eux un monde de pensées auxquelles l'émotion donne un tour unique. Pourquoi cela ne se produirait-il pas chez les fous systématiques? Évidemment la sensibilité intime entre en jeu. Tout au moins est-ce à supposer dans la folie systématique chronique. Quant à la confusion mentale hallucinatoire aiguë, on a, dans quelques cas, nettement constaté, dès le début, la coparticipation des sensations et des sentiments. Chez ces malades, on remarque souvent pendant quelque temps une sensation d'étouffement, un état d'agitation intérieure vague. Ils n'émettent pas de conception morbide, ils se contentent de dire « je suis tout autre » ou « voilà qui est drôle ». Ils n'ont pas l'idée qu'ils sont malades, ils veulent simplement dire par ces mots qu'ils sentent en eux une modification vague de la sensibilité. Aussi les voit-on précipités, inégaux, inquiets, parfois tout à fait bouleversés. Ce n'est qu'après qu'apparaissent quelques impressions sensorielles bizarres; le monde extérieur leur semble « tout autre ». — A la fin seulement se développent des conceptions déterminées, généralement provoquées par certaines perceptions : « Qu'est-ce, pourquoi pousse-t-on cela? cela doit signifier quelque chose ! » Craintifs et incertains, sans que pour cela leur humeur soit invariablement modifiée dans sa totalité, ils sont tantôt enjoués, badins, tantôt anxieux et de mauvaise humeur. Cette manière d'être a pour cause évidente bien souvent la nature des conceptions et hallucinations mobiles. Mais aussi, au début comme plus tard, il n'en est pas toujours ainsi; du moins ne peut-on toujours le démontrer. A une période plus avancée on ne sait plus ce qui se passe en eux et par suite on ne peut se faire une idée nette de chaque cas. Mais il est des observations dans lesquelles, même à une phase ultérieure, il se produit des modifications de l'humeur toutes primitives qui, dans les rapports de la vie, les plaisanteries, la forme des réponses sont autant d'éléments qui vous frappent, et ne sauraient être attribués à la suppression secondaire de la sensibilité par la nature des conceptions pathologiques. Il en est de même de l'extrême maussaderie, et de la sensiblerie qui se manifestent à l'occasion de questions indifférentes. Ceci s'observe surtout chez la femme. Eh bien! en tous ces cas on n'a pas plus affaire à la maussaderie mélancolique qu'à l'humeur maniaque, car assez souvent il n'y a pas de continuité dans le mode de l'affectivité. Il va de soi que nous en excluons les cas dans lesquels la dépression peut être la conséquence d'un événement pénible (perte — accouchement — souci).

L'atteinte de la sphère sensible dans les affections consécutives à une intoxication ou, ce qui est peut-être la même chose, à un trouble de la nutrition cérébrale, à l'épuisement du cerveau, n'a rien de frappant. Si l'organe de la vie psychique est un, il nous est impossible de localiser en des régions distinctes l'idéation et la sensibilité et d'en disséquer à ce point les rapports que nous soyons en droit d'espérer de telles modifications imprimées aux conditions de la vie voir surgir un trouble que l'on puisse pleinement rattacher à l'une des fonctions psychiques fondamentales. Quoi qu'il en soit, les cas désignés sous les noms de *Verwirrtheit* et *Wahnsinn* sont impropres à appuyer l'opinion qu'il s'agit exclusivement, dans l'espèce, d'anomalies de l'idéation.

M. Neisser. — Il me paraît important de faire observer que les éléments cliniques sur lesquels chacun des orateurs s'appuie pour exprimer ses opinions, s'écartent les uns des autres et ne *concordent pas, pour une bonne part, avec les descriptions de nos livres classiques;* chacun d'eux s'est efforcé de tracer de *nouvelles descriptions de tableaux morbides* et de prendre celles-ci pour base de ses propres développements. La psychiatrie en effet traverse une période de développement dans laquelle la description compréhensive des traités n'a encore pu suivre les conquêtes de l'anatomie et de la physiologie cérébrales et de la psychologie. Or la bibliographie et les traités ne reflètent point actuellement l'état présent de nos connaissances, aussi chaque savant psychiatre de l'Allemagne s'écarte-t-il des traditions classiques. Il nous manque avant tout un arsenal commun d'observations à description suffisamment exacte; je serais bien embarrassé de dire où, dans la bibliographie, on pourrait trouver un nombre suffisant de cas observés avec exactitude, du commencement à la fin de la maladie. Ceci ne s'applique pas seulement à la paranoïa, ceci s'applique encore, à l'exception peut-être de la paralysie progressive, à presque toutes les psychoses. Pour que les descriptions concourent au progrès de la science, il faut qu'elles s'en tiennent à la différenciation des symptômes, sous peine de faire une peinture artificielle ou de forcer l'interprétation des faits. Pour analyser la personnalité d'un malade, il faut pénétrer les mobiles de ses actes et obtenir des confidences sur ce qu'il sent et ce qu'il pense; c'est seulement par une description minutieuse de ces phénomènes intérieurs que l'on arrive à établir la priorité de tels ou tels symptômes. Malheureusement jusqu'à ce jour, sur ce terrain, ce sont les poètes qui tiennent la corde et leurs descriptions sont inutilisables au point de vue médical.

En ce qui concerne l'historique, Snell à mon sens avait très étroitement circonscrit le groupe qui nous occupe puisque, à l'origine, il ne faisait rentrer dans la folie systématique primaire

(*primærer Wahnsinn*), que les cas caractérisés par des idées délirantes de persécution avec exagération de la personnalité. Dans cette exagération de la personnalité, Snell voyait le germe dont devaient ou dont pouvaient naître plus tard les idées délirantes de grandeur. Évidemment Snell n'admettait pas la théorie actuelle d'après laquelle un état mélancolique pouvait servir de base à l'édification d'un délire fixe. Dans un mémoire ultérieur, Snell indiqua combien de ses malades avaient créé des idées de grandeur, il y faisait remarquer que, quant à l'époque de leur production, ainsi que sous beaucoup d'autres rapports, il existe des variétés. Il est manifeste que Snell s'est pleinement rendu compte de l'intimité des relations qui existe entre les idées du délire de persécution et celles du délire de grandeur, mais il n'a pas développé ce point de pathologie générale; ses observations sommaires ne fournissent non plus aucun éclaircissement sur la nature de l'ensemble des phénomènes qui président à la formation du délire. Il s'est contenté d'esquisser à grands traits les tableaux morbides; ses travaux sur ce sujet sont suffisamment importants pour fournir un arsenal d'observations capable de permettre de tenir le *délire chronique de Magnan* pour artificiel.

Comme l'a parfaitement indiqué M. Jastrowitz, malgré les travaux antérieurs de Snell et Sander, le mémoire de Westphal est le premier qui ait constitué d'emblée le nouveau type en quelque sorte de la folie systématique primitive (*primære Paranoia*). Pourquoi? Sans doute l'autorité de Westphal ne fut pas étrangère à ce résultat. Mais il y a à cela une cause plus profonde. Avant Westphal, on savait que dans le cours de psychopathies très diverses, des idées délirantes peuvent se développer, qu'elles peuvent être soit dépressives, soit exaltées. On savait également que ces symptômes apparaissent dans plusieurs psychopathies aiguës. Il n'y avait donc dans l'allégation de Westphal point matière à une nouveauté pathologique ou clinique spéciale. C'était une thèse de pathologie générale qui prenait naissance; il était démontré en effet que, sans préjudice de l'extraordinaire variété de la marche, on pouvait coordonner un nombre infini de cas en les expliquant par le mécanisme d'une anomalie dans les procédés conceptuels, par l'intervention d'un mécanisme anormal dans le jeu des conceptions intellectuelles, dans le domaine de l'idéation, par l'invariabilité du texte de ces conceptions morbides. Westphal savait fort bien que cette généralité clinique ne tranchait pas l'histoire symptomatique de chaque malade, il a en termes exprès indiqué qu'assez souvent il se produit des troubles morphologiques indépendants dans l'émission des conceptions, et que ces troubles affectent l'apparence phénoménale de la confusion mentale (*Verwirrtheit*). C'est ce que Ziehen a oublié de mentionner lorsqu'il a révélé que dans la folie systématique (*paranoia*) il peut

se montrer de l'incohérence primitive. Westphal a donc fait œuvre de pathologie générale.

Pour arriver, en se tenant dans la clinique pure, à distinguer et à grouper les maladies, il faut parvenir à assembler les cas qui concordent entre eux par les traits principaux de l'ensemble de leur évolution; on obtiendra ainsi certains exemples probants et des types cliniques d'une exactitude permanente, à la condition que les symptômes morbides y soient autant que possible simples, limpides, univoques. Mais cela est difficile, car la clinique fourmille de formes de transition, de formes mixtes. Pour étudier ces formes mixtes, on est obligé de laisser de côté le guidon de la clinique pure et de s'efforcer d'évaluer certains symptômes, d'en dégager la dépendance réciproque; on fait ainsi de la pathologie générale.

La phase de développement que traverse actuellement la psychiatrie impose précisément de faire de la pathologie générale. Il est nécessaire, à mon sens, de prendre comme point de départ, la structure du système de projection et, partant alors de la périphérie pour aller vers le centre, de suivre les groupes de phénomènes neuro-psychiques (conscience de l'état du corps de l'individu, etc.) qui se produisent de la périphérie au centre, individuellement, dans leurs relations mutuelles, dans leur coordination; de mettre en évidence les troubles de l'identification (Rieger); de rechercher l'influence que chacun de ces troubles exerce secondairement sur le mécanisme de l'association des impressions et des idées, en un mot d'étudier systématiquement les conditions de succession des phénomènes. On trouvera alors que, quels que soient les points faibles déterminés par la maladie mentale, les excitations locales les plus différentes peuvent, par irradiation sur la sensibiliié morale, engendrer ces complexus symptomatiques spéciaux de la psychose sous la forme de phénomènes concomitants ou consécutifs. Cette démonstration devra exercer une réaction profonde sur l'intelligence et le groupement de chacun des tableaux morbides.

Je m'en tiendrai là d'autant mieux qu'il n'y a pas bien longtemps un observateur distingué a développé les traits principaux d'une symptomatologie psychiatrique (*die Grundzüge einer psychiatrischen Symptomenlehre*) et qu'il est à espérer que Wernice ne s'en tiendra pas à ces indications concises. Ce que j'ai voulu montrer, c'est que les difficultés que l'on éprouve à comprendre et à faire comprendre les questions relatives à la classification clinique, ont leur source non pas dans les variétés séméiologiques, non plus dans la bonne volonté des chercheurs auxquels fait appel Werner, mais bien dans la phase actuelle de développement de notre science.

Pour moi, la condition préliminaire à remplir pour mettre du jour dans les questions de la psychiatrie spéciale, n'a pas jusqu'ici été remplie, elle exige d'une part de nouvelles descriptions exactes d'observations dans lesquelles on aura bien différencié les symp-

tômes, et d'autre part l'édification en sous-œuvre d'une bonne pathologie générale.

Il me paraît, pour terminer, utile de présenter quelques courtes remarques sur l'autophilie de Ball ou *Krankhafte Eigenbeziehung* (relations morbides du moi) de Neisser — *Eigenwahn* de Meynert, que j'ai désignée sous le nom de relations vicieuses du moi (*fehlerhafte Eigenbeziehung*). M. Cramer veut bien lui reconnaître un rôle important dans la formation du délire systématique; il prétend que ce symptôme a une genèse compliquée et que par conséquent il n'est pas un symptôme primitif. C'est ce que j'ai moi-même soutenu et j'ai ajouté, pour exemple, que les émotions violentes peuvent exagérer les relations de la personnalité. Je pense encore aujourd'hui que les troubles morbides qui produisent ce phénomène, notamment dans la folie systématique, échappent à toute recherche directe; l'observation immédiate du malade permet simplement d'en constater l'existence. Il a une importance énorme. Même lorsque l'autophilie dérive d'un mécanisme psychologique normal, quand elle se rattache à la sensibilité morale, ou à des troubles de l'identification ou encore à des idées délirantes déterminées, d'ordinaire, dans le cours ultérieur de la maladie, elle revêt l'importance d'un symptôme autonome, et, séparée des conditions pathogénétiques qui l'ont produite, elle subsiste en tant que fonction vicieuse. Cette indépendance d'un symptôme d'origine primitivement secondaire joue un grand rôle en psychopathologie. Il est notamment fréquent de voir des mouvements de la physionomie qui, à l'origine, étaient associés à des conceptions déterminées, persister plus tard comme symptôme autonome. Quoi qu'il en soit, l'autophilie exagérée indique qu'un système de délire est en voie d'organisation.

M. Mendel appuie l'expression de M. Cramer de psychoses fonctionnelles.

N'avons-nous pas celle des névroses fonctionnelles; ceci ne veut pas dire qu'elles n'aient point de substratum anatomo-pathologique, ceci signifie que nous ne possédons pas de moyens d'investigation suffisants pour pouvoir constater une altération anatomique.

La folie systématique aiguë simple (*paranoïa simplex acuta*) peut se produire non seulement chez des individus atteints préalablement de faiblesse d'esprit (*Schwachsinnige*) mais aussi chez des gens préalablement sains d'esprit.

Si M. Jolly n'attache pas au délire hallucinatoire un pronostic aussi favorable que moi; la raison en est que je ne range pas sous le nom de délire hallucinatoire les cas qu'il a cités. Ceci montre que nous ne nous entendons souvent pas jusqu'ici sur la nomenclature dont nous nous servons.

Cette discussion sera poursuivie dans la prochaine séance. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, LI, 1.) P. Keraval.

BIBLIOGRAPHIE.

IV. *Contribution à l'étude des neuro-cérébrites toxiques* (*Psychose polynévritique*) ; par le Dr G. Haury. (Thèse de Lyon, 1894.)

Ce travail de pure critique, inspiré par M. le professeur Pierret, a pour but de montrer, en s'appuyant sur les données de la pathologie générale que la psychose polynévritique, esquissée par M. Korsakow, n'est pas une entité morbide. Par une argumentation serrée, l'auteur rend évident que les polynévrites accompagnées de troubles psychiques ne représentent qu'une phase de syndromes variés produits par la présence de toxiques dans le système nerveux central et périphérique.

M. Haury étudie une par une toutes les observations publiées jusqu'à ce jour au triple point de vue de l'étiologie, de l'anatomie pathologique et de la symptomatologie.

Pour que la psychose polynévritique, entité morbide, ait droit à l'existence il lui faut une étiologie constante. Remplit-elle cette condition ? L'étiologie apparaît, très complexe si l'on ne fait pas intervenir le seul facteur constant, l'intoxication. Des cas de psychose polynévritique s'observent à la suite de nombreuses affections, de l'alcoolisme isolé ou associé à certaines maladies générales. Par un procédé didactique contestable et malgré la fréquence des troubles cérébraux et des névrites, associés à l'alcoolisme, M. Korsakow les laisse purement et simplement de côté. Tilling (de Riga) avec plus de raison dans un travail basé sur sept observations reconnaît que l'alcoolisme est la cause la plus fréquente des psychoses dites polynévritiques. D'autres auteurs l'ont suivi (Lilienfeld, Schultz, Thomas Granger, Stewart, Thomas Buzzard, etc.). Mais il découle de tous ces travaux que le plus souvent à l'action de l'alcool s'ajoute celle de quelques maladies générales (syphilis, tuberculose, hépatisme, ictère). Isolée, la tuberculose a une influence incontestable. Les affections utérines agissent par les intoxications, qu'elles amènent à leur suite.

Il en est de même du rhumatisme, de la fièvre typhoïde, etc. Toutes ces affections sont, en somme, des intoxications et l'étiologie de la psychose polynévritique complexe en apparence devient simple si on la rapporte à cette cause unique. Si ce syndrome psychonévritique est le résultat d'intoxications variées, pourquoi le nom et l'entité ? M. Korsakow c'est là son mérite, a tenté de rap-

procher les névrites périphériques des troubles cérébraux qui les accompagnent, les précèdent, mais aussi qui peuvent exister isolément. Mais ni la polynévrite, ni la psychose ne se commandent. Elles dépendent l'une et l'autre de l'infection, de l'intoxication. La psychose polynévritique n'est donc pas une et même si l'on accepte la terminologie de M. Korsakow il faut dire qu'il y a des psychoses polynévritiques typhiques, septiques, tuberculeuses, alcooliques, etc.

L'anatomie pathologique de la future entité est fondée sur six autopsies peu complètes et peu concordantes. L'étude des observations accompagnées de guérison montre d'ailleurs que les phénomènes paralytiques et atrophiques ne guérissent que lentement. D'autre part les phénomènes psychiques mettent un temps très long pour s'amender. Il est donc permis de supposer l'existence de lésions graves des cellules, des tubes et des vaisseaux cérébraux.

Dans les cas où l'autopsie a pu être faite, on a trouvé dans les uns des lésions atteignant les nerfs périphériques, le cerveau et même la moelle. Pour quelques-unes on n'en a pas trouvé. Les lésions des nerfs, plus souvent recherchées, ont été qualifiées polynévrites. Dans un cas ce sont des lésions de névrite parachymateuses (Pierret, Alix Joffroy), dans les autres ce sont des lésions dégénératives en tout semblables à l'altération qui suit la section ou l'écrasement d'un nerf (Vierordt, Th. Gr. Stewart, Korsakow, Strumpell, Mueller).

A côté de ces lésions ambiguës des nerfs, il en existe du côté de l'encéphale. A ce point de vue les autopsies peuvent être divisées en deux groupes. Dans les uns, on constate des lésions nettes inflammatoires ; dans les autres, il n'y a pas apparence de lésions. Dans le premier cas, les lésions doivent être rapprochées de celles observées dans les folies liées aux maladies aiguës ; dans le second, en dépit des résultats négatifs, à l'œil nu, on ne peut conclure à l'absence des lésions microscopiques.

En résumé, dans les cas nets, quand il y a inflammation des nerfs, il y a aussi dégénérescence (toxique) des cellules en sorte que la maladie n'est pas une psychose. Il s'agit là d'inflammations du cerveau, à rapprocher des paralysies générales et démences toxiques.

Au point de vue symptomatologique, les phénomènes observés sont de deux ordres : périphérique et central. L'étude critique des symptômes périphériques : troubles de motricité, de sensibilité et trophiques, montre que les observations sur lesquelles on s'est appuyé pour décrire la psychose polynévritique sont essentiellement disparates. Certaines semblent appartenir au groupe des névrites ; beaucoup se rattachent aux intoxications avec ou sans lésions nerveuses connues. Quelques-unes sont à rejeter parce qu'on a attribué à des névrites hypothétiques ce qui ressortissait de ma-

ladies absolument spéciales ; ataxie, lésions du cervelet, myélites diffuses, en plaques, combinées ou compliquées.

Les phénomènes d'ordre cérébral sont de deux sortes : les troubles mentaux et d'autres phénomènes d'ordinaire rattachés à la sphère cérébrale, les vomissements, les vertiges, le nystagmus, les troubles de la parole, etc. Tous les auteurs attribuent une importance capitale au vomissement, qui devient une sorte de symptôme prémonitoire (M. Devic, Th. de Strauss, Lyon 1893), annonçant les désordres psychiques. Cependant l'examen détaillé des observations permet à M. Haury de conclure que ce symptôme est dû à des causes variées, souvent banales.

Les troubles mentaux sont caractérisés, d'après M. Korsakow, d'abord par un degré élevé de faiblesse irritable de la sphère psychique, puis par un dérangement plus ou moins profond de l'association des idées, et finalement par les troubles de la mémoire, qui sont toujours sensiblement les mêmes : amnésie des faits anciens. Malheureusement ces troubles ne sont pas spéciaux à la psychose polynévritique. Ils se rencontrent en tout semblables dans toutes les maladies infectieuses et toxiques qui s'accompagnent de symptômes indiquant la réaction du cortex vis-à-vis de l'intoxication générale de l'organisme. Les troubles de la mémoire sembleraient se rencontrer seulement dans la psychose polynévritique. Mais dans les infections, en particulier, fièvre typhoïde, influenza, on constate aussi des troubles de la mémoire, pertes partielles ou totales avec ou sans névrites. On doit appliquer à toutes ces démences la *loi de régression de la mémoire*. Les faits récents disparaissent avant les faits anciens. L'amnésie des faits récents n'est pas spéciale à la psychose polynévritique, elle est le résultat univoque de l'action de la plupart des toxiques sur les cellules cérébrales.

M. Korsakow n'est donc pas plus en droit de s'appuyer sur la symptomatologie que sur l'anatomie pathologique et l'étiologie pour faire de la psychose polynévritique une entité morbide. Du reste, M. Korsakow lui-même a reconnu qu'il était peut-être allé trop loin. « Elle n'est qu'une modalité complète ou non, obligée ou non, d'une intoxication. » Cet aveu démontre assez que la psychose polynévritique n'est pas une entité morbide.

Dr Devay.
Chef de clinique des maladies mentales.

V. *Contribution à l'étude des pseudo-méningites hystériques; symptomatologie et diagnostic;* par le Dr Brugère. (Thèse de Bordeaux n° 47.)

Les accidents de pseudo-méningite hystérique existent réellement, mais le petit nombre d'observations montre aussi leur ra-

reté. La symptomatologie se rapproche beaucoup de celle de la méningite tuberculeuse. On peut cependant l'en différencier par la fréquence, les antécédents sympathiques, le mode de début de l'affection, l'absence de fièvre, la persistance de l'état général et surtout par l'évolution favorable de la maladie. E. R.

VI. *Nature et traitement du goître exophtalmique*, par A. Joffroy, professeur à la Faculté de médecine. (Aux bureaux du *Progrès médicale.*)

M. le professeur Joffroy dans des leçons soutient la théorie déjà exprimée par Mœbius, Renaut (de Lyon) et Chevalier (de Montpellier), à savoir que la maladie de Basedow se ratache soit à un fonctionnement vicieux, soit à des altérations plus ou moins profondes du corps thyroïde. En exposant les symptômes du goître exophtalmique, plusieurs remarques sont à noter.

Le goître purement vasculaire sans aucune altération de tissu n'existe pas; dans les goîtres en apparence les plus vasculaires, on trouve des noyaux indurés qui prouvent que la trame est malade et cela même dans les goîtres qui se développent rapidement, en quelques heures.

Le corps thyroïde est souvent très difficile à constater, quelquefois même impossible, et cependant l'autopsie a démontré qu'il existait toujours.

A côté des contractures que l'on rencontre quelquefois parmi les symptômes de goître exophtalmique, il faut citer les accès de tétanie, ce qui est important, la tétanie apparaissant fréquemment, comme conséquence de l'ablation du corps thyroïde et dans le myxœdème postopératoire. — A côté de l'œdème cardiaque des Basedowiens, on a signalé un œdème qui, quoique localisé et le plus souvent passager, peut être rapproché de l'œdème généralisé du myxœdème. L'auteur passe ensuite à la réfutation des différentes théories proposées pour expliquer la pathogénie du goître exophtalmique.

Théorie cardiaque (Graves, Stokes, Luton, Beau). — Il suffit de noter que dans la tachycardie essentielle où le cœur rappelle assez celui de goître exophtalmique, il n'y a aucun des symptômes de cette affection; de même, dans la tachycardie des hystériques. De plus pourquoi alors le goître serait-il si fréquemment, de même que l'exophtalmie, irrégulier, unilatéral?

Théorie de compression des vaisseaux et des nerfs (Marshal, Taylor, Piorry). — Comment par cette théorie expliquer : 1° les cas ou le corps thyroïde est atrophié; 2° les cas ou il y a diminution du goître sans amendement des autres symptômes; 3° les goîtres très volumineux avec les autres symptômes très atténués; 4° un goître unilatéral, produisant une exophtalmie double, etc.; 5° de plus,

si un nerf devrait être comprimé de par sa situation anatomique, c'est bien plutôt le nerf récurrent et le sympathique que le pneumogastrique.

Théorie du grand sympathique. — Le grand sympathique dans les autopsies a toujours été trouvé normal. Si, par l'expérimentation sur le grand sympathique, on a pu produire une légère saillie des globes oculaires, celle-ci ne ressemble en rien à l'exophtalmie des basedowiens, et tous les autres symptômes manquent.

Théorie de la névrose (Charcot). — Cette théorie est la plus difficile à combattre. L'argument de l'hérédité n'est pas absolument convaincant, car il faut remarquer que dans la grande famille névropathique, on trouve des maladies qui ne sont point, à proprement parler, des névroses ; la diabète, le rhumatisme articulaire. — Le début subit qui est un grand argument en faveur de cette théorie, n'existe souvent qu'en apparence, la maladie presque sûrement existant déjà à l'état latent.

Théories bulbaires. — La théorie de la névrose bulbaire soutenue par Vulpian et par Panas, n'explique qu'une partie de la symptomatologie et encore ne dit pas pourquoi le bulbe fonctionnait d'une manière aussi anormale. A la théorie bulbaire, par lésion de cet organe on peut répondre que les lésions bulbaires sont très rares dans le goître exophtalmique et encore sont-elles variables.

Théories thyroïdienne. — M. Joffroy explique les phénomènes de la maladie de Basedow, par une altération du sang produite par le fonctionnement vicieux du corps thyroïde altéré. On a affaire à une maladie qui prend place à côté de certaines albuminuries et de certaines glycosuries, c'est-à-dire à une maladie par altération du sang consécutive au mauvais fonctionnement d'un organe altéré.

Dans les quatre autopsies personnelles du professeur Joffroy, il y a des lésions du corps thyroïde, et il faut remarquer ainsi que cela a déjà été faite par le professeur Renaut (de Lyon) qu'on trouve les lésions les plus diverses.

L'hypertrophie du thymus, plus ou moins prononcée, accompagnant comme fait constant la maladie de Basedow, donne à songer qu'il s'agit là d'un travail de compensation. La transformation de la maladie de Basedow en myxœdème, mais sans la surajoutation des symptômes de ces deux maladies, prouve également en faveur de la théorie thyroïdienne. Charcot a fait remarquer la fréquence des inflammations thyroïdiennes à la suite du rhumatisme, de la fièvre typhoïde, de la variole ; dès lors, on peut admettre la thyroïdite infectieuse quand le goître exophtalmique se développe à la suite du rhumatisme ou d'une fièvre typhoïde.

L'étude des relations du goître endémique et du goître exophtalmique est en faveur de la théorie thyroïdienne.

Tous les deux se rencontrent plus souvent chez la femme. Dans le goître exophtalmique comme dans le goître simple, l'hérédité directe est fréquente. Il n'est pas rare de rencontrer le goître simple dans une famille de basedowiens, de même que le goître exophtalmique peut se rencontrer dans une famille de goîtreux. C'est une grande erreur de croire que le goître exophtalmique n'existe pas dans les mêmes régions géographiques que le goître simple.

Le début du goître exophtalmique par le goître simple est fréquent. — A l'argument de Bruhl qui cite des faits de maladie de Basedow évoluant alors que précédemment le corps thyroïde avait dû être enlevé, on peut répondre que *jamais* on ne peut être sûr que le corps thyroïde a été extirpé en totalité. Enfin, lors d'une grossesse, qu'il s'agisse d'un goître exophtalmique ou d'un goître simple, il y a toujours à craindre les mêmes accidents avec une évolution similaire.

M. le professeur Joffroy passe ensuite en revue avec beaucoup de détails les différents procédés de traitement tant médicaux que chirurgicaux de la maladie de Basedow. Tout en constatant les succès fréquents de l'intervention chirurgicale qui plaident encore en faveur de la théorie thyroïdienne, il conclut que l'opération sur le goître ne doit jamais être pratiquée à la légère, non seulement par crainte des accidents subits et mortels qui se produisent parfois, mais encore à cause du myxœdème postopératoire, résultat presque inévitable d'une extirpation totale du corps thyroïde.

J.-B. CHARCOT.

VII. *Recueil d'observations de neuro-pathologie.* Fasc. I, 255 p. in-8°, avec 8 fig. interc. dans le texte. Kazan, 1894; par V. M. BECHTEREFF.

Ce livre ne constitue ni un traité, ni un manuel des maladies nerveuses. Il a simplement la prétention de contenir quelques observations qui, sortant de l'ordinaire, ont été étudiées par M. Bechterëff avec un soin plus particulier.

Dans ce premier fascicule nous trouvons six cas, tous déjà communiqués à la Société des Neurologistes et Aliénistes de Kazan en 1892 et 1893.

En tête du recueil figure une observation relative à l'affection décrite par Mœbius en 1891 sous le nom de « akinesia algera » et dont le symptôme dominant consiste dans un état douloureux de tous les organes actifs et passifs du mouvement : os, articulations, muscles. Il en résulte pour le malade une impossibilité plus ou moins complète de se mouvoir. Pour l'auteur russe, l'akinesia algera constituerait une affection indépendante, autonome. Il semblerait plutôt qu'il s'agit d'un symptôme d'origine neurasthénique ayant pris une importance insolite, car dans la majorité des cas décrits

jusqu'à présent sous le nom d'akinesia algera, on dénote, à côté de l'immobilité par suite de la douleur qu'occasionnent les mouvements, d'autres symptômes tels que l'insomnie, la tristesse, l'incapacité intellectuelle, la sensation de douleurs au dos, etc...

Vient ensuite une observation très complète et très bien étudiée sur le rire et les pleurs irrésistibles dans les affections organiques du cerveau. M. Bechterëff arrive à cette conclusion que le rire est dû dans ce cas à une lésion des couches optiques.

Dans l'observation suivante, il s'agit d'une lésion des radicules de la queue de cheval par prolifération d'un néoplasme de la partie inférieure de la colonne vertébrale. Cette lésion a déterminé non seulement de l'anesthésie des régions fessière, anale, périnéale, pénienne, comme cela arrive habituellement: elle a provoqué en outre une diminution de la sensibilité au niveau des plantes des pieds, de la région postéro-externe des jambes et de la région postérieure des cuisses, une hyperesthésie de la partie inférieure de l'abdomen avec paralysie motrice des muscles dans toutes ces régions. Or, ces particularités s'expliquent par ce fait que la lésion de la queue de cheval a eu lieu plus haut que d'habitude : au niveau de la deuxième vertèbre lombaire.

La quatrième observation est relative à une distribution singulière de la paralysie sensitive et motrice dans un cas de lésion des parties latérales et inférieures du bulbe. Il s'agit d'un homme âgé de trente-sept ans qui a reçu accidentellement, à une distance de cinq ou six pas, une décharge d'un fusil de chasse sur une région située au-dessus de l'omoplate gauche, tout près de la colonne vertébrale cervicale. Consécutivement à cette blessure, le malade a présenté les symptômes suivants : parésie motrice passagère, anesthésie thermique et douloureuse, diminution de la sensibilité tactile et conservation du sens musculaire sur tout le côté gauche du corps, la face exceptée ; paralysie motrice, d'abord complète, plus tard incomplète, diminution de la sensibilité tactile et perte du sens musculaire sur tout le côté droit du corps, la face exceptée ; anesthésie sensorielle sur le côté droit de la face, principalement dans le territoire de deux branches supérieures du trijumeau ; affaiblissement de la vue, de l'ouïe, du goût, de l'odorat du côté droit.

La lésion, d'après Bechterëff, a dû porter dans ce cas sur la partie inférieure de la moitié droite du bulbe, sur la région située entre ce dernier et la moelle épinière, sur les conducteurs chargés de transmettre la sensibilité à la douleur dans le côté gauche du corps et sur la racine ascendante droite du trijumeau.

Un cas de tétanie chez un soldat âgé de vingt-quatre ans constitue le sujet de la cinquième observation.

Enfin, dans la dernière, l'auteur, chaud partisan de la méthode hypnothérapique, rapporte l'histoire d'une hystéro-épileptique

avec accès de somnambulisme, atteinte en outre de tuberculose pulmonaire et vertébrale. La lésion vertébrale ayant son siège au niveau de la première vertèbre lombaire provoque des phénomènes de compression médullaire. Or, par la suggestion hypnotique, M. Bechterëff fait disparaître tous les symptômes douloureux éprouvés par cette malade.

Le recueil se termine par une étude d'ensemble sur l'hypnose et sa valeur thérapeutique. J. Roubinovitch.

VIII. *Étude clinique de la mélancolie sénile chez la femme;* par E. Toulouse. Paris, Jouve, 1891.

Les vieillards et surtout les femmes sont sujets à une forme spéciale de mélancolie. Comme la sénilité, qui n'est pas en rapport direct avec l'âge, mais bien avec les diverses causes de dégénérescence des individus, la mélancolie sénile ne s'observe pas surtout chez les vieillards les plus âgés. L'affaiblissement intellectuel et physique, un délire léger avec tendance à l'hypocondrie, quelques hallucinations, des troubles de la mémoire et des sentiments affectifs, des impulsions, etc., sont les symptômes de cet état sénile qui marche lentement vers la démence. J. Noir.

IX. *L'Hypnotisme en médecine légale;* par Abram H. Dalley. (*Medico-legal Journal*, v. XI, n° 3.)

L'auteur appelle l'attention du Congrès américain de médecine légale (août 1893) sur ces cas aujourd'hui assez nombreux où l'hypnotisme a été invoqué comme cause d'irresponsabilité par un criminel qui n'aurait été que l'instrument passif d'un auteur seul vraiment responsable. Il cite d'autre part un procès américain où l'on a cru pouvoir interroger l'accusé mis préalablement en état d'hypnose pour lui faire avouer son crime et certains détails particulièrement à charge contre lui. L'auteur repousse d'ailleurs ce dernier procédé en rappelant combien peu il y a lieu de se fier aux témoignages des hypnotisés ou somnambules pas plus qu'il ne faut ajouter de créance aux soliloques des gens en état de rêve.

A. Marie.

X. *Essai sur la neurasthénie et la mélancolie dépressives considérées dans leurs rapports réciproques;* par François Boissier. Paris, Steinheil, 1894.

M. Boissier défend, et non sans succès, la thèse qui porte à faire de la neurasthénie et de la mélancolie dépressives deux formes ou plutôt deux expressions symptomatiques de la même maladie. Dans une première partie, il expose l'analogie des conditions étiologiques de la neurasthénie et de la mélancolie. Ces conditions étiologiques,

par leur puissance, leur continuité et leur fréquence, peuvent faire évoluer la première affection vers la seconde. L'étude des rapports des phénomènes somatiques et des phénomènes psychiques forme deux autres chapitres, dans lesquels l'auteur démontre qu'il n'y a qu'une différence de degré dans les symptômes de ces deux états morbides. De nombreuses observations, minutieusement recueillies et choisies avec soin viennent opposer un fait à toute objection que la critique serait tentée de faire à la séduisante théorie de M. Boissier, et après avoir lu l'histoire de neurasthéniques devenus mélancoliques, de mélancoliques restés neurasthéniques après une guérison incomplète, il semble difficile de ne pas partager une opinion si nettement exposée et si habilement défendue. J. Noir.

XI. *La paralysie générale ;* par MM. Magnan et Sérieux. (*Encyclopédie des aide-mémoire Léauté.*)

Au délire chronique déjà publié, par les mêmes auteurs dans l'encyclopédie des aide-mémoire, vient s'ajouter le volume de la paralysie générale où se trouvent condensés et coordonnés les multiples travaux parus sur le sujet. Il serait superflu d'insister sur l'importance capitale de l'étude de la méningo-encéphalite diffuse, la plus grave et la plus commune des maladies mentales. Il n'est pas de médecin qui ne puisse à un moment donné être appelé à intervenir dans un cas de ce genre.

La paralysie générale est en effet autant du domaine de la pathologie ordinaire que de la psychiatrie. Pour en vulgariser la notion, nul n'était mieux placé que le savant médecin de l'admission dont les recherches en France ont tant fait pour les progrès de l'étude à la fois clinique et anatomo-pathologique de la question. Le résumé de tant de travaux sous une forme à la fois concise et claire était une tâche délicate que M. Sérieux a su mener à bien sans enlever à l'enseignement du maître, sa puissance et son originalité.

A. Marie.

XII. *Annual of the Universal Medical Sciences*, edited by Ch.-E. Sajous M. D. (Philadelphie, New-York, Chicago, 1894.)

Bien que l'*Annual of the Universal Medical Sciences* ne s'occupe pas exclusivement de système nerveux, nous croyons pourtant devoir faire une mention spéciale de ce remarquable ouvrage. Dans les cinq volumes qui forment la publication complète, on trouve l'analyse plus ou moins détaillée suivant les sujets des travaux médicaux et chirurgicaux de l'année précédente. Ces analyses faites avec grand soin, quelquefois très étendues, sont souvent signées de noms qui assurent leur mérite. C'est ainsi que le résumé des acquisitions de la pathologie interne des voies et organes uri-

naires, pendant le courant de l'année, est dû au professeur Lépine de Lyon. Nous retrouvons des noms comme ceux d'Obersteiner, de Gray, de Dujardin-Beaumetz, de Dubief, de Furnes. Les indications bibliographiques très précises, faciles à retrouver dans un index terminant chaque volume, sont très complètes. Il y a, dans le courant de l'ouvrage, un grand nombre de figures et de planches coloriées. Enfin, chose qui ne nuit jamais, les cinq volumes sont édités avec grand soin et beaucoup de goût. C'est évidemment un ouvrage appelé à rendre de grands services, complet et commode à consulter.

Le deuxième volume est presque entièrement consacré au système nerveux; les *maladies de l'encéphale* sont signées *Gray*, *Pritchard* et *Shultz;* les *maladies de la moelle*, *Obersteiner;* les *affections des nerfs périphériques*, les *dystrophies musculaires*, les *grandes névroses*, *Sollier;* les *affections mentales*, *Rohé;* l'*alcoolisme*, le *morphinisme* et les *intoxications similaires*, *Norman Kerr*. Enfin, dans le troisième volume, nous trouvons 75 pages sur la *chirurgie cranio-cérébrale*, *rachidienne* et des *nerfs périphériques* pendant l'année 1893 dues à *Pilcher* et *Lloyd*. J.-B. Charcot.

VARIA.

Doléances des assistants des Asiles anglais.
(*British medical Journal*, février 1894.)

La situation des assistants en Grande-Bretagne correspond assez exactement à celle des médecins adjoints des asiles de France. Le *British medical Journal* a ouvert ses colonnes à une sorte d'enquête sur la situation faite aux assistants, situation qui ressort d'une série de lettres intéressantes émanant de médecins signant sous des pseudonymes; de là une polémique entre superintendants (médecins-directeurs) et assistants; ces derniers gardant bien entendu l'incognito vis-à-vis de leurs supérieurs hiérarchiques. Les plaintes des assistants portent principalement sur les chefs suivants:

D'abord leur situation pécuniaire de début est trop précaire et ne répond pas à celle d'un médecin spécialisé et auquel il est impossible de faire une clientèle. Si encore cette situation inférieure n'était que transitoire et le prélude d'un avancement prochain et de l'accès à une situation plus en rapport avec l'effort et les sacrifices préalables de temps et d'argent; mais trop souvent les assis-

tants attendent de longues années un poste de superintendant auquel ils ne sont appelés que lorsque l'âge leur a enlevé définitivement toute la souplesse et l'énergie voulues pour entreprendre quelque chose d'intéressant.

Pendant ce stage prolongé sans avantage matériel suffisant, la situation morale ne serait pas plus satisfaisante. Placés sous la tutelle de superintendants âgés, issus d'une génération scientifique différente, ils ne peuvent la plupart du temps trouver le contact avec leurs chefs qui les jalousent, s'ils cherchent à produire des travaux originaux ou redoutent ce qu'ils prennent pour des innovations subversives dans le domaine thérapeutique.

La valeur intellectuelle et scientifique serait souvent moins prisée chez l'assistant que la force au foot-ball, la connaissance du piano ou une voix de ténor, titres des plus sérieux à tel ou tel poste de province.

Plusieurs assistants se plaignent des fonctions purement machinales et administratives auxquelles on les emploie à l'exclusion de toute pratique vraiment médicale et de toute investigation clinique sérieuse. Les superintendants étant eux-mêmes absorbés par les écritures et la discipline intérieure, ne les emploient surtout qu'à assurer cette partie du service, le côté médical et scientifique passant au dernier plan.

L'absence d'autonomie et de sphère d'action définie, l'effectif écrasant des services pour un seul superintendant seraient les causes d'un tel état de choses dont souffrent à la fois assistants et superintendants.

C'est peut-être moins, ce nous semble, l'insuffisance de la rémunération pécuniaire que l'inaction et l'absence de participation effective au service qui annihilent toute aspiration et toute bonne volonté en laissant inutilisées des forces jeunes que cet anéantissement exaspère et révolte.

Une enquête déjà ancienne du Conseil de comté de Londres concluait à la réforme des asiles dans le sens de la répartition de services autonomes à chaque médecin sans dépasser le nombre de malades atteints dans les services d'hôpitaux ordinaires. Nous en sommes encore loin en Angleterre comme en France. A. Marie.

Abus des consultations externes gratuites (polémique) et de l'opportunité de substituer au mot asile le nom d'hopitaux pour les maladies mentales et nerveuses; par William Reid.

C'est une campagne analogue à celle entreprise en France pour les mêmes motifs, contre les consultations gratuites non restreintes aux indigents reconnus et pour la réforme des asiles dans le sens de l'assimilation aux hôpitaux proprement dits. (*British Med. Journ.*, 31 mars 1894.) A. Marie.

ÉTABLISSEMENTS SUISSES POUR ENFANTS INTELLECTUELLEMENT RETARDÉS.

	Effectif au 1er janvier			Augmentation		Diminution		Effectif au 31 décembre		
	Garçons	Filles	Total	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Total
I. Institution *Keller* pour jeunes filles à Hottingen-Zurich, inauguré en 1850.										
1890	—	17	17	—	7	—	7	—	17	17
1891	—	17	17	—	2	—	2	—	17	17
1892	—	17	17	—	3	—	4	—	16	16
II. Établissement *Zur Hoffnung* à Bâle, inauguré en 1857.										
1890	14	11	25	2	1	—	2	16	10	26
1891	16	10	26	2	1	2	1	16	10	26
1892	16	10	26	2	1	3	—	15	11	26
III. Établissement *Weissenheim* près Berne, inauguré en 1868.										
1890	10	19	29	5	2	2	4	13	17	30
1891	13	17	30	1	3	1	2	13	18	31
1892	13	18	31	2	9	4	6	11	21	32
IV. Asile de l'*Espérance* à Etoy (Vaud), inauguré en 1872.										
1890	12	18	30	10	2	6	2	16	18	34
1891	16	18	34	4	2	4	4	16	16	32
1892	16	16	32	3	3	2	2	17	17	34
V. Établissement pour jeunes garçons à Regensberg, inauguré en 1883.										
1890	42	—	42	14	—	13	—	43	—	43
1891	43	—	43	31	8	14	—	60	8	68
1892	60	8	68	20	6	18	2	62	12	74
VI. Asile de *Saint-Joseph* à Bremgarten, inauguré le 10 décembre 1889.										
1890	3	2	5	15	10	3	1	15	11	26
1891	15	11	26	17	6	2	4	30	13	43
1892	30	13	43	13	9	4	2	39	20	59

SORTIS PENDANT L'ANNÉE 1892

Établissements	Améliorés		Non améliorés		Décédés		Demandes d'admission refusées
	M.	F.	M.	F.	M.	F.	
Hottingen . . .	—	3	—	—	—	1	5
Bâle.	3	—	—	—	—	—	4
Weissenheim. .	4	6	—	—	—	—	21
Etoy.	1	1	1	1	—	—	4
Regensberg . .	12	—	5	2	1	—	8
Bremgarten . .	4	1	—	1	—	—	—

La colonie agricole d'aliénés de Langenhorn (près Hambourg).

Système des portes ouvertes sans surveillance; par Schœfer.

C'est une annexe de l'asile de Friedericchsberg, à une heure de voiture de celui-ci, qui est située dans une forêt de sapins touffue de 51 hectares. Les constructions occupent 6 hectares; il y a un grand terrain pour champ d'irrigations (prairie) et 13 hectares pour la culture provisoire. La forêt était donc à l'origine de 76 hectares.

Les malades habitent quatre pavillons; chacun d'eux en héberge cinquante avec quatre gardiens. Trois sont réservés aux hommes, un aux femmes, Les pavillons sont librement installés dans la forêt, sans murs, ni barrières, il n'y a que l'habitation du médecin et le bâtiment d'administration qui aient des murs d'enceinte. Dans le bois, deux parcelles ont été défrichées pour servir de jardin.

Le médecin de la colonie a toute latitude pour agir à sa guise, le médecin en chef responsable lui abandonnant l'autorité.

Au début, on a essayé de ne surveiller aucun des malades. Mais on n'a pu y parvenir tout d'un coup et complètement dans la première année à cause de l'arrivée graduelle des aliénés. Les vingt premiers malades qui y furent jusqu'en juillet 1893 (l'établissement a été ouvert en avril) bénéficièrent complètement du régime des portes ouvertes. Puis il en arriva trente autres, atteints de maladies, ne permettant pas la pratique parfaite du système. On laissa le privilège d'entrer et de sortir dans le pavillon à ceux qui pouvaient en bénéficier. Puis, à un autre convoi, on put rendre à tout un pavillon la complète disposition de la porte et la lui conserver, tandis que les deux autres ne jouirent de cette faveur que pour une partie des malades qu'ils contenaient. Le développement de la colonie permit, en d'autres termes, la répartition plus facile au point de vue des portes ouvertes. Dans le pavillon des femmes, il n'en est actuellement que quatorze sur quarante-cinq qui, en tout temps, peuvent aller et venir. La liberté d'allures est d'ailleurs complète; ceux et celles qui en jouissent ont le droit, non seulement de se mouvoir à leur gré tout autour de l'établissement, mais de se promener et de pousser jusqu'à Hambourg. Jusqu'à présent, il n'y a pas eu de conflits avec la population. Une seule fois, trois d'entre eux se sont battues dans une ferme et ont rapporté du café et des beurrées que les propriétaires d'ailleurs prétendaient leur avoir donnés. Les habitants voient les malades d'un bon œil, surtout les aubergistes chez lesquels de temps à autre ils consomment des douceurs le dimanche contre argent. Il n'y a eu qu'une évasion. Et encore s'agit-il d'un dément présentant une sorte de modification circulaire de l'humeur qui, la nuit, fut pris d'un accès d'agita-

tion avec besoin de marcher, s'en fut à Hambourg et ne revint point. Par contre, dans les sections de malades renfermés, il y eut neuf évasions.

La pleine liberté exerce une action remarquable surtout chez les hallucinés. Un malade qui, depuis sept ans, à chaque visite émettait les mêmes allégations et les mêmes interprétations délirantes, se trouva tout à coup débarrassé de ces propos délirants.

Les malades estiment fort la liberté, les plus valides mettent un point d'honneur, respectant comme ils le disent la maison, à veiller, à empêcher leurs compagnons de mésuser de la faveur qui leur est accordée. L'escapade signalée plus haut les a révoltés et ils ont été heureux que par mesure disciplinaire on ait éloigné deux des mendiants pour un certain temps.

Quant à ceux des pavillons où il n'a pas été possible d'appliquer intégralement le système de la pleine liberté, nous en avons cependant successivement retiré trois gardiens; un seul est demeuré comme chef de quartier, la nuit on en fait coucher un autre pour qu'il puisse prêter son aide, en cas d'incendie par exemple.

Les malades vont au travail en trois colonnes sans gardiens; chaque semaine, un des malades assume la responsabilité de la conduite. Sept malades sont chargés de ce rôle, cinq s'occupent à la cuisine, dans les étables, aux bâtiments administratifs. On travaille tout autant et tout aussi bien que sous la surveillance de gardiens.

En résumé, un pavillon avec un gardien et cinquante malades jouit du système des portes ouvertes, les malades vont au travail sans surveillance.

Ceux-ci se décomposent comme suit :

1° Malades chez lesquels l'examen, sans autres commémoratifs, ne permet pas, à lui seul, de déterminer le trouble des fonctions psychiques et à l'aide duquel on peut tout au plus le supposer. Ces malades sont de *parfaits travailleurs*, ce sont eux qui conduisent les colonnes : deux seulement travaillent à la maison;

5	sont atteints	d'intolérance à l'égard de spiritueux [1].
1	—	de folie hallucinatoire périodique [2].
1	—	folie processive.
2	—	léger affaiblissement intellectuel [3].
9		

[1] Deux de ces malades sont admis pour la première fois; un, pour la quatrième fois; un, pour la cinquième; un pour la sixième. L'alcool les rend tous dangereux.

[2] Ce malade menaça sa mère et prétend être l'empereur.

[3] Un des deux est un vagabond devenu fou en prison en état de démence; l'autre est un fainéant qui a été atteint de folie alcoolique hallucinatoire et ne travaille qu'ici.

2° Malades dont l'examen permet de reconnaître la maladie, mais qui, tout aliénés qu'ils soient, possèdent un jugement presque normal pour les choses de la vie de chaque jour.

2 folie systématique chronique simple [1].
2 — hallucinatoire [2].
1 démence consécutive légère (pas de spontanéité, pas d'énergie).
2 imbéciles à un léger degré [3].
7

3° Malades atteints d'affaiblissement intellectuel très accusé et dépourvus de spontanéité.

1 folie processive.
1 démence consécutive à la suite de stupeur aiguë (vagabond).
1 — — de folie hallucinatoire pendant une détention.
1 démence consécutive à de la folie alcoolique (4e admission).
2 folie systématique hallucinatoire chronique.
6

4° Automates incapables de vivre sans une discipline, dépourvus d'énergie, mais utilisables ici.

6 folie systématique hallucinatoire chronique.
1 folie circulaire (dont les stades durent des années, utilisable à la colonie pendant le stade de stupeur).
1 imbécillité très marquée, illettré.
8

5° Automates en démence.

5 folie systématique chronique hallucinatoire [4].
3 confusion mentale secondaire [5].
2 folie systématique chronique simple (déchéance).
3 désordre dans les idées consécutif à une folie aiguë.
3 démence sans qu'on puisse préciser la maladie du début.
2 — après mélancolie.
1 — consécutive à la folie de la puberté.
1 idiotie.
20

[1] L'un d'eux en est à sa troisième admission; l'autre à sa quatrième; l'un d'eux est un buveur.

[2] L'un d'eux travaille; l'autre, tenu pour dangereux, a déjà été renvoyé; on l'a replacé.

[3] L'un d'eux pourrait vivre chez lui, l'autre est obsédé et ne peut se placer nulle part.

[4] Deux d'entre eux sont tombés dans la démence pendant leur incarcération correctionnelle.

[5] Parmi ces malades il y a deux frères.

En conséquence, parmi ces cinquante malades, vingt-huit circulent dans leur domaine comme les moutons dans leurs étables, mais n'ont pas perdu la vision mentale autant qu'on pourrait le croire. Treize ont besoin d'une direction. Il n'y en a que neuf sur lesquels on puisse compter. Il n'y en a que huit qui aient pu vivre plus ou moins longtemps au dehors.

En tout cas, le gain de quelques sous et la menace d'être réintégrés dans un établissement fermé les maintient tous dans le devoir.

En tout cas, il est facile de voir que ces cinquante malades ne constituent pas une troupe d'élite. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, L, 5.)

P. Keraval.

Psychiatrie et assistance spirituelle.

Le Bureau de la société des aliénistes allemands, à la suite de la proposition de Francfort que nous avons publiée avec documents a l'appui dans les *Archives de Neurologie*, a recueilli toutes les indications bibliographiques qu'il a pu se procurer pour éclairer ses lecteurs. Ce travail qui ne comporte pas moins de quatre-vingt-treize pages en petit texte se compose des articles suivants :

1° La collaboration des pasteurs et de l'aliéniste, par le pasteur Achtnich d'Illenau (*Christlich. Welt*, 1 et 2, nos 19 et 20, mars 1893); — 2° l'assistance spirituelle des aliénés, par Hafner d'Elberfeld (*Christlich. Welt*, n° 37, sept. 1893); — 3° réplique du pasteur Achtnich d'Illenau (*Christlich. Welt*, n° 37, septembre 1893); — 4° assistance spirituelle et psychiatrie (*Thesen der Conferenz deutscher evang. Irrenseelsorger*, in Halle, 5 sept. 1893. Feuille spéciale); — 5° de Bodelschwingh : contre les prétentions de la Société des aliénistes allemands dans la session de Francfort (*Tægl. Rundschau*, n° 181, août 1893); — 6° psychiatrie et assistance spirituelle. Réplique du Bureau de la Société des aliénistes allemands (*Tægl. Rundschau*, n° 192, août 1893); — 7° la manifestation des aliénistes allemands (*Allg. evang. luther., Kirchenzeit*, n° 34, novembre 1893); 8° explication des médecins d'asiles à l'asile de Rethel, près Bielefeld (*Deutsche medic. Wochenschrift*, n° 39, sept. 1893); — 9° contribution au conflit qui s'est élevé entre les pasteurs et les aliénistes, par le pasteur Pieper (*Evang. gemeinedbl. f. Rheinl. u. Westfalen*, n° 44, oct. 1893); — 10° réponse du pasteur Hafner d'Elberfeld (*Evang. Gemeindebl. f. Rheinl. u. Westfalen*, n° 47, nov. 1893); — 11° pasteur Pieper de Gervershеim. Réplique au pasteur Hafner (*Evang. Gemeindebl. f. Rheinl. u. Westfalen*, n° 48, 26 nov. 1893); — 12° l'excellence des religieux et diaconesses comme infirmiers et infirmières de nos aliénés (*Allg. luth. Kirchenzeit*, n° 47, 1893); — 13° rectification du bureau de la Société des aliénistes allemands, au journal l'*Allg. évang. luth. Kirchenzeit*, décembre 1893); —

14° contribution à l'étude de la réforme de l'assistance des aliénés en Prusse, par H. Lœhr (*Norddeutsche Allgem. Zeitung*, n° 471, 7 octobre 1893); — 15° psychiatrie et assistance spirituelle, par Forel de Zurick (*Corresp. Blatt. f. Schweizer-Aerzte*, n° 17, p. 597, 1893); — 16° psychiatrie et assistance spirituelle, par un aliéniste (*Protestantische Kirchenz. f. d. ev. Deutschland*, n°s 37 et 38, 13 et 20 sept. 1893); — 17° la conférence de cette année des pasteurs des asiles d'aliénés allemands évangélistes (*Protestant. Kirchenzeit. f. d. evangel. Deutschland*, n° 38, 1893); — 18° qui de l'ecclésiastique ou du médecin? Réplique du pasteur de Bodelschwingh à la proposition de M. Krœmer dans la Société de médecin du district de Dantzig (*Elbinger Zeitung*); — 19° pasteur de Bodelschwingh, de Bielefeld. Psychiatrie et assistance spirituelle (*Neue. Pr. Zeit.*, n° 533, nov. 1893); — 20° psychiatrie et assistance spirituelle. Rectification du Bureau de la Société des aliénistes allemands (*Weser Zeitung*, n° 16 887, 4 décembre 1893. — *Neue Press. Zeit.*, 5 déc. 1893).

Le Bureau termine en relevant des inexactitudes de la quatrième conférence de l'Association des pasteurs évangélistes allemands qui s'occupent des aliénés (5 sept. 1893), et montre que ceux des ecclésiastiques qui y ont fait la majorité ne tendent à rien moins qu'à supprimer l'action du médecin en lui substituant celle des ecclésiastiques. Voici maintenant une appréciation *critique des explications des médecins de Bielefeld.*

Ces confrères qui exercent leurs fonctions à l'asile de Rethel conduit par le pasteur de Bodelschwinsgh déclinent toute réponse aux assertions du pasteur dans les conférences des ecclésiastiques ou aumôniers des aliénés, ils se rallient, disent-ils, à la Société des aliénistes allemands et à sa manière de voir, mais sous la réserve qu'il sera possible de développer et de faire prospérer l'assistance des aliénés, sans s'écarter des principes établis par la science médicale. Mais, leur dirons-nous, avec Sommer : l'organisme d'un asile est-il bien portant quand les fonctionnaires médecins sont obligés de désavouer les théories psychiatriques du chef théologien de l'établissement, et peut-on s'empêcher de les désavouer quand celui-ci veut que ce soit l'Eglise qui construise les asiles et que l'assistance du médecin ne soit requise que quand l'état physique de l'aliéné, atteint d'une maladie de l'âme, exige son intervention.

En ce qui concerne le personnel secondaire, les médecins de Bielefeld regrettent que les médecins des asiles qui ont un personnel religieux n'aient pas donné leur avis sur lui. Mais le directeur d'un asile doit choisir lui-même son personnel et en organiser la discipline, le personnel doit être pénétré des principes des sciences médicales, il *doit obéir au médecin* et *non à deux maîtres*[1]. Sur cette

[1] C'est justement le principal argument à faire valoir contre la *Division des fonctions*, les aliénés le disent eux-mêmes. (P. K.)

question tout le monde est d'accord. Or le personnel religieux échappe à l'autorité de son chef naturel, le médecin-directeur. Il connaît avant tout la maison-mère. C'est pourquoi on a installé des infirmiers et des infirmières laïques en Saxe (argument textuel); c'est la même manière de voir qui a fini par prévaloir en Bavière. Il y eut même à ce sujet un long conflit entre le Ministère laïcisateur et la Diète qui vote les fonds à propos de la construction de l'asile de Gabersee.

La laïcisation n'est donc pas le résultat d'un jugement préconçu, ni d'un entêtement.

Il ne faut pas croire non plus que les désavantages de l'affiliation du personnel religieux à sa communauté maîtresse soient compensés par de meilleures qualités morales et par un dévoûment supérieurs à celui du personnel laïque. C'est une question de choix et de surveillance. Le directeur-médecin reste le maître absolu[1] de la réception et du renvoi de ses infirmiers ; il n'a aucune influence sur le personnel religieux ; il lui faut accepter ce qu'envoie la maison-mère et il lui est impossible de s'opposer aux mutations fréquentes que la maison-mère y effectue par mesure de discipline ou pour des motifs spéciaux à la communauté. De nombreux exemples nous montrent que le personnel secondaire non-religieux bien choisi a les mêmes qualités morales et le même dévoûment que le personnel religieux.

Le Bureau de la société des aliénistes complète son mémoire en le faisant suivre des *indications bibliographiques* antérieures aux vingt articles précédemment envisagés (en tout quatre-vingt-cinq documents). (*Allg. Zeitschr. f. Psychiat.*, L, 3, 4.) P. Keraval

---

FAITS DIVERS.

Les aliénés en liberté. — Hier la dame E..., a été trouvée pendue à un clou dans sa chambre à coucher. Son fils ne la voyant pas descendre à son heure habituelle et prévoyant un malheur, alla frapper à la porte. N'obtenant pas de réponse, il entra dans l'appartement où il vit le cadavre de sa mère.

Il coupa aussitôt la corde, mais ce fut peine perdue, la mort remontait à quelques heures.

[1] En Allemagne. (P. K.)

Depuis longtemps, cette malheureuse dame se croyait poursuivie par des personnes qui voulaient attenter à ses jours. (*Rappel* de l'Eure, 29 septembre.)

Les asiles d'aliénés. — M. Michelin, député de la Seine, vient, avec plusieurs de ses collègues, déposer une proposition de résolution ayant pour objet la nomination d'une commission de 22 membres chargée de procéder à une enquête parlementaire sur le régime des asiles d'aliénés.

Asiles de la Seine. *Concours de l'internat en médecine.* — Ce concours commence le 1er décembre. Le jury se compose de : MM. B. Anger, Boudrie, Bourneville, Chantemesse, J. Falret, Féré et A. Voisin. Les candidats inscrits sont au nombre de trente-trois.

Assistance et asiles des aliénés en Saxe. — La diète de la province de Saxe a admis récemment la proposition du comité provincial de rejeter jusqu'à nouvel ordre la construction d'un troisième asile. Le rapport fait ressortir que le nombre des aliénés reçus dans les asiles de Nietleben et Altscherbitz n'a pas présenté la progression que l'on était en droit de prévoir il y a deux ans, lorsqu'on agita cette question. Ainsi au 1er avril 1892, les deux établissements (avec l'asile d'infirmes d'Altscherbitz) renfermaient 872 aliénés hommes et 686 aliénés femmes. Or, le 1er février 1894, on y constate 844 hommes et 725 femmes. Par conséquent en près de deux ans, l'accroissement du chiffre de population a été relativement faible.

Cela se comprend. Au commencement de 1893, l'asile de Nietleben a perdu en un mois plus de cinquante malades du choléra ; et pendant trois mois environ on n'y a pas reçu de nouveaux malades. A Altscherbitz, dans le même temps on n'a admis que pour des cas urgents. Puis, dans le courant de l'année 1893, les deux asiles ont transféré 60 aliénés dans les asiles privés de Lienbenburg (Dr Fontheim) et Gardelegen (Dr Schulze) auxquels ils avaient auparavant envoyé 140 malades. Enfin la nouvelle loi d'assistance du 11 juillet 1891 qui augmente les charges de l'hospitalisation des indigents, et dont l'entrée en vigueur à la date du 1er avril 1893 faisait craindre une forte multiplication des admissions dans les établissements d'aliénés, n'a que peu, jusqu'ici du moins, accru les internements. On se l'explique aisément; car avant la promulgation et la pratique de ladite loi, on ne se bornait pas à admettre les malades curables ou incurables dangereux pour la sécurité publique, on étendait l'assistance dans la mesure du possible à bien des aliénés susceptibles d'un traitement dans un asile.

Il est d'ailleurs à espérer que, dans les années qui vont suivre, on pourra, surtout lorsque, grâce à la résolution de la Xe Diète provinciale, on aura procédé à l'agrandissement des constructions par-

tout, admettre dans ces deux asiles (asile d'infirmes compris) 1152 hommes et 871 femmes, et que l'on n'aura guère plus d'aliénés à y admettre que ne le comporte ce chiffre. En effet, dès que l'on aura ouvert *l'asile d'épileptiques et d'idiots d'Uchtspringe, en construction*, on y transférera de Nietleben et d'Altscherbitz (ceci aura probablement lieu dans le courant de cette année) à peu près 100 à 120 aliénés épileptiques ou idiots. Cet asile donnera satisfaction à plusieurs malades qui, pour le moment, faute d'un établissement spécial, devraient être reçus dans un des asiles d'aliénés de la province; on les enverra à l'avenir à Uchtspringe.

Pour arrondir le bien-fonds d'Uchtspringe, la Diète consent à l'achat de 22 856 marks (28 570 fr.) de terrain ; à la construction de granges, étables, clôtures, elle consacre 32 000 marks (40 000 fr.). Enfin M. Alt de Halle est agréé comme directeur de ce nouvel asile.

L'alimentation d'eau des asiles de Nietleben et Altscherbitz occasionne des difficultés sans nombre. 130 000 marks (162 500 fr.) sont votés pour pose d'une conduite spéciale, la ville de Halle sera invitée à abaisser son prix de 12 pfennigs le centimètre cube à 8 pfennigs. A Altscherbitz les forages n'ont pas encore donné de résultats satisfaisants : on vote 18 000 marks (22 500 fr.) pour continuer les essais et 80 000 marks (120 000 fr.) pour constructions. (*All. Zeitsch. f. Psych.*, L, 5.) P. Keraval.

Interdiction. — La première chambre de la Diète de la Saxe s'occupe du placet de M. F. W. Krumbiegel. M. Birch-Hirschfeld fait ressortir que, dans la diète précédente, examinant une pétition semblable, la chambre avait décidé qu'il y avait lieu d'émettre un vœu tendant à s'occuper des voies et moyens d'atténuer l'inconvénient des *contradictions relevées dans les rapports médico-légaux de divers médecins spécialistes sur l'état mental des personnes examinées par eux*. L'on n'a pu aboutir, parce qu'il était impossible d'annuler le jugement porté par les médecins consultés en premier lieu. Mais la pétition relevait le point suivant. Une personne interdite en Saxe pouvait se rendre à Berlin, s'y faire examiner et faire lever son interdiction. La même pétition constatait que l'on ne procède pas partout à l'examen avec le même soin, en ce qui a trait aux rapports médico-légaux des spécialistes. Les raisons de cette accusation sont multiples. Ainsi les arguments qu'invoquent les aliénés procéduriers sont mal interprétés par les spécialistes, qui, croyant à un réel déni de justice ou à la réalité d'une prétention juridique établie, ne font pas le diagnostic de persécutés persécuteurs processifs. En l'espèce, les médecins légistes ne sont pas à la hauteur de leur tâche parce que leur éducation psycho-légale est insuffisante. Il faut donc instituer des *examens de psychiatrie* et des *épreuves pratiques*. Le demi-savoir est un danger ; la théorie est nuisible. Mieux vaudrait s'en tenir au bon sens d'un profane que de demander l'appréciation

d'un spécialiste insuffisamment instruit. Voici donc ce qu'il y aurait à faire.

Il faudrait qu'on transformât en mesures pratiques les indications sur l'enseignement de la psychiatrie présentées par le collège médical de la Saxe. Cela est d'autant plus aisé qu'à Leipzig il existe une clinique mentale remarquable. Qu'on oblige donc les candidats aux postes de médecins officiels de districts à étudier pendant trois mois au moins les aliénés. La pétition est prise en considération à l'unanimité. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, L, 5.)

P. Keraval.

Assistance des aliénés en Bulgarie. — L'asile de Varna a (10 août 1892) transféré à l'asile nouveau du « *Cloître Pierre et Paul* » près *Tirnova* 40 aliénés hommes avec 2 gardiens. Le 18 août y sont arrivés 81 malades avec 3 gardiens. Belle région. Place mal choisie. L'établissement est construit sur un rocher qui n'est accessible que par un côté. Un ancien séminaire théologique représente un des bâtiments ; c'est un long corridor sur lequel s'ouvrent neuf chambres grandes ou petites. On les utilisera comme chambres d'isolement ou comme cellules d'aliénés criminels. Deux autres constructions anciennes à fenêtres et portes défectueuses sont réservées aux femmes. Absence d'eau. Un seul puits à 350 mètres de distance, une citerne dans la cour du cloître. On a dépensé 20 000 francs en réparations sans grand résultat Dans les premiers jours plusieurs malades se sont précipités du rocher. (*Allg. Zeistch. f. Psych.*, L, 5)

P. Keraval

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Antonini (G.). — *Sulla alimentazione degli alienati sitofobi.* — Brochure in-8° de 4 pages. — Torino, 1894. — Tipographia L. Roux et Cie.

Association générale des étudiants de Paris, fondée en 1884 (reconnue d'utilité publique en 1891). *Annuaire* 1894-1895. — Volume in-8° de 264 pages. — Paris, 1894. Au Siège social : 41, rue des Écoles.

Déjerine. — *Anatomie des centres nerveux*, avec la collaboration de Mme Déjerine-Klumpke. — Tome I : Méthodes générales d'étude; Embryogénie; Histogenèse et histologie; Anatomie du cerveau. — Volume in-4° de 816 pages, avec 401 figures dont 45 en couleurs. — Prix : 32 francs. — Paris, 1894. — Librairie Rueff et Cie.

Fleury (M. de). — *Les Transfusions hypodermiques agissent-elles par suggestion ?* — Brochure in-8° de 8 pages. — Paris, 1894. — Extrait du *Bulletin de la Société de thérapeutique.*

HIGIER (H.). — *Aus der Nervenabtheilung des Warschaner Israeliten-Hospitales. Beitrag zur hysterischen Apoplexie.* — Brochure in-8° de 35 pages. — Wien, 1894. — *Wiener Klinische Wochenschrift.*

HIGIER (H.). — *Ueber Primäre und secundäre Amiotrophicen organischer und dynanischer Natur.* — Brochure in-8° de 42 pages. — Leipzig, 1893. — Verlag von G. Thierne.

HIGIER (H.). — *Ueber unilaterale Hallucinationen.* — Brochure in-8° de 32 pages. — Wien, 1894. — Urban und Schwarzenberg.

INDEX CATALOGUE OF THE LIBRARY *of the surgeon-general's office United States army (Authors and subjects).* — Vol. XV : Universidad-Vzoroff. — Volume in-4° relié de 842 pages. — Washington, 1894. — Government Printing office.

SÉGLAS (J.). — *Le Délire des négations.* — Volume in-18 de 234 pages. — Paris, 1894. — G. Masson.

TEBALDI (A.). — *Nopoleon. Una pagina istorico-psicologica del genio.* — Volume in-18 de 168 pages. — Padova, 1894. — Librairie Draghi.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JANVIER étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs dont l'abonnement cessera à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 p. 100 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée** *à partir du* **25 janvier**. *Nous les engageons donc à nous envoyer de suite leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal.

Nous rappelons à nos lecteurs que l'abonnement collectif des **Archives de Neurologie** *et du* **Progrès Médical** *est réduit à* **30 francs** *pour la France et l'Étranger.*

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

TABLE DES MATIÈRES

Acromégalie, cas d'—, par Dreschfeld, 36.
Affaire, l'— Varow, par Wood Renton, 55; l'— Hanbury, par Wood Renton, 55; l'— Mac Naghten, par Cl. Bell, 56.
Agraphie sensorielle, par Souques, 211.
Alcooliques, l'évolution de la jurisprudence pour la responsabilité des —, par C. Bell, 56; de l'assistance et de la législation relatives aux —, par Ladame, 246.
Alcoolisme et délire de persécution avec auto-accusation, par Roubinowitch, 69; — reconnu en justice comme cause d'irresponsabilité, par Kerr, 52.
Aliénés, mobilier et instruments de travail des —, par Taty, 385.
Aliéniste, retraite du corps médical —, 321.
Alimentation, appareil d'— forcée, par Lvoof, 70.
Amblyopie toxique due à l'absorption de vapeur de dinitro-benzol, par Snell, 207.
Amnésie rétrograde, par Toulouse, 167; — consécutive à des idées obsédantes, par Féré, 411.
Angoisse larvée et abortive dans la neurasthénie, par Hecker, 213.
Anthropologie criminelle scientifique, par Nœcke, 402; — par Kirn, 419.
Aphasie transitoire neurasthénique, par Régis, 40; — sensorielle avec agraphie, par Tomkins, 207.
Archives cliniques, 395.
Arsenicisme, les manifestations nerveuses de l' — chronique, par Beco, 108.
Arthropathies tabétiques des deux hanches, par Londe, 38; trois cas d'— myélopathique, par Revilliod et Audéoul, 47; — syringomyélique, par J.-B. Charcot, 209.
Asile de Bonneval, par Camuset, 184, 284: — spéciaux pour les alcooliques criminels, par Truchon, 425; — de Hanovre, de Saxe, de la province du Rhin, par Keraval, 431; — d'Autriche, par Keraval, 432; — doléances des assistants des — d'aliénés anglais, 520.
Athétose, sur un cas d'— double, par Moussous, 41.
Atrophie musculaire progressive, par Zenner. 37.
Attentat à la pudeur par un épileptique, par Vallon, 66; pseudo — anarchiste, par Rist, 268.
Auto-intoxication dans les maladies mentales, par Régis et Chevalier-Lavaure, 129.
Automatic writing, par Rorie, 130.
Automatiques, actes permanents — chez les aliénés, par Bombarda, 132.
Automatisme ambulatoire, un cas d'— hystérique, par Régis, 41; — par Géhin, 426.

Bains chauds prolongés, par Krœpelin, 59.
Barbe Buvée, histoire et critique, par S. Garnier, 18, 111, 196, 296,
Basedow, coïncidence du tabes et de la maladie de —, par P. Marie. et Marinesco, 394.
Bustes de Baillarger et de J. Falret, par Vallon, 66.

Capsule interne, pathologie du noyau lenticulaire et de la —, par Sommer, 316.
Cellules, du nombre des — nécessaires dans les asiles, etc., par Ludwig et Kreuser, 62.
Céphalo-rachidien, du rôle du liquide — dans la circulation cérébrale, par Jolyet, 318.
Cervelet, sur un cas de kyste du —, par H. Jackson et Russel, 481.

CHARCOT, souscription —, 147.
CHIRURGIE, note sur deux cas de — cérébrale, par Chipault, 127.
CHLORALOSE, paralysie nocturne provoquée par la —, par Féré, 412.
CHLOROSE et aménorrhée avec troubles cérébraux, par Thomson, 208.
CHORÉE, paralysie générale avec —, par Vallon et A. Marie, 338.
COLONIE de Gaillon, par Colin, 269.
COLORATION de l'ensemble du système nerveux, par Rosin, 318.
CONGRÈS de Clermont-Ferrand, 156, 214, 320; — d'hygiène de Buda-Pesth, par A. Marie, 422.
CONTAGION mentale morbide, par Marandon de Montyel, 409.
CONTRACTURES réflexes intrahypnotiques et action de la suggestion, etc., par Schaffer, 125; — réflexes de la langue, etc., par Gallerani et Pacinotti, 397.
COUCHE OPTIQUE, tumeur de la —, par Zenner, 312.
CRANES, examen de seize — de femmes, dont douze criminelles et une suicidée, par Nœcke, 50.
CRANIECTOMIE bilinéaire avec travée autoplastique intermédiaire, par A. Chipault, 394.
CRANIENNE, deux cas de déformation — chez l'enfant, par Wheaton, 395.
CRÉTINISME sporadique traité par l'ingestion de glande thyroïde, par Telford, Smith et Railton, 126; par Byrom-Bramwel, 130; recherches sur le —, par Wagner, 401.
CRIMINEL, allégation de folie dans les affaires —, par Springthorpe et Muller, 52; asiles spéciaux pour les aliénés —, par Truchon, 425.
CUBITAL, compression du nerf —, par Féré et Batigne, 212.
CYLINDRE-AXE, différenciation morphologique du —, par Schaffer, 316.
CZAR, le — Jean le Terrible et son état mental, par Kowalewsky, 413.

DARWINISME, par Haycraft, 485.
DÉGÉNÉRÉS, classification des —, par Vallon, 328.
DÉGÉNÉRESCENCES secondaires consécutives à la section transversale du corps calleux, par Muratow, 313.
DÉLIRE, le — systématique hallucinatoire d'origine toxique, par Ilberg, 63; — alcoolisme et — de persécution, par Roubinowitch, 69; — systématisés dans les diverses psychoses, par Magnan, 273, 433; — systématisés anciens: démence vésanique au cours de —, par Hamel et A. Marie, 341.
DÉMENCE, des indices physionomiques de la — apathique, par Sikorsky, 130; — progressive et incoordination des mouvements des quatre membres dans une même famille, par Bouchaud, 136.
DIABÈTE, tabes et — par Blocq, 209; réflexe patellaire dans le —, par Grube, 213; altération des cordons postérieurs de la moelle dans le —, par Williamson, 482.
DIPHTÉRIQUE, myélite expérimentale —, par Enriquez et Hallion, 315; des lésions du système nerveux par le poison —, par Stcherbach, 316; un cas d'hémiplégie —, par Donath, 398.
DIPLÉGIE cérébrale héréditaire, par Freud, 399.
DURE-MÈRE, sur un cas de tumeur de la — spinale, par Ranson et Thomson, 482.
DYSLEXIE, la — en tant que trouble fonctionnel, par Sommer, 484.

ELONGATION du nerf médian dans deux cas de névrite traumatique, par L. Dentu, 124.
ENCÉPHALITE corticale et poliomyélyte antérieure associées, par Lamy, 209.
ENCÉPHALOCÈLE, par Mackie, 207.
ENURÈSE nocturne des enfants, par Freud, 212.
EPILEPSIE, rapport de l'œil et de l' —, par G. Martin, 129; — parasyphilitique, par Fournier, 132; — sénile, par Sympson, 208.
ETATS SECONDS, par Laurent, 271.
EXORCISATION, une récente — en Bavière, 75.
EXPERT, *vade-mecum* du médecin —, par Lacassagne, 147.

FACIAL, sur le rôle du nerf — dans la sécrétion des larmes, par Jendrassik, 314.
FOLIE systématisée religieuse avec hallucinations psychomotrices, par Régis, 129; deux cas remarquables de — systématisée, par Bartels, 143; — héréditaire, par

Pain, 146; rapports de l'hystérie et de la —, par Gilbert Ballet, 219; la — de Charles VI, par Brachet, 343; — hystérique, par Moravcsik, 405; délimitation et division de la — systématique, par Cramer et Bœdecker, 488.

Goître exophtalmique, nature et traitement du — par Joffroy, 514.
Golgi, méthode de —, modifiée, par Andriezem, 481.
Guérison prétendue miraculeuse, 432.

Hallucinations oniriques des dégénérés, par Régis, 323; — motrices verbales chez un paralytique général, par Sérieux, 412.
Hémianopsie et neurasthénie, accidents de chemin de fer, etc., par Badal, 40, — avec hallucinations dans la partie abolie du champ visuel, par Lamy, 338.
Hémichorée sénile, par E. Remak, 399.
Hémiplégie diphtéritique, par Donath. 398.
Hérédité directe, par Brunet et Vigouroux, 342.
Hérédo-ataxie cérébelleuse, par Brissaud et Londe, 214, 327.
Hydrocéphalie chronique, traitée par le drainage, par Baskett et Oxors, 124.
Hydrothérapie, de l'importance et de l'emploi de l' — chez les agités, par Fuerstner et Fedbausch, 57.
Hydrothérapique, traitement — des maladies nerveuses, par Verrier, 343.
Hypertrichose, note sur un cas d' — de la partie inférieure du corps chez un épileptique, 38; — faciale chez les aliénés, par Liston, 412.
Hypnose, étude des phénomènes d' — chez une hystérique, par Kochs, 141.
Hypnotisme, l' — en médecine légale, par Dalley, 518.
Hypothermie chez les aliénés, par Bouchard, 135.
Hystérie, rapport de l' — et de la folie, par G. Ballet, 219; — confusion mentale, etc., par Séglas et Bonnus, 353.
Hystérique, folie —, par Moravcsik, 405.

Idées fixes, rôle des — dans la pathogénie de la polyurie hystérique, par Souques, 448.
Idiots, traitement médico-pédagogique des — microcéphales, par Bourneville, 331.
Impressions, sur un cas de localisation erronée des — tactiles ou allachœstésie, par G. Stewart, 35.
Impulsions homicides chez un dégénéré, par Daguillon, 411.
Inauguration des bustes de Baillarger et de Falret à la Salpêtrière, 149.
Incendiaire, note médico-légale à propos d'un —, par Derode, 54.

Juif errant, le — à la Salpêtrière, par Meige, 131.

Langage, maladies du langage et localisations, par Struthers, 55.
Lèpre systématisée nerveuse à forme syringomyélique, par Pitres et Sabrazès, 37.
Localisations, les — cérébrales dans la région capsulo-striée, par Pitres, 41; — maladies du langage et —, par Struthers, 55; — en psychologie et en anthropologie, par Nœcke, 313; — médullaires de la syphilis, par Lamy, 464.

Malpractrice, par Cl. Bell, 56.
Médico-légal, rapport — sur l'état morbide d'un mécanicien, W. B., par Oppenheim, 53.
Mélancolie sénile, par Toulouse, 518; — neurasthénie et — progressives, par Boissier, 518.
Méningite, de la — cérébro-spinale, par Hoche, 63; contribution à l'étude des pseudo-hystériques, par Brugère, 513.
Menstruelle, folie — primordiale, par Friedmann, 420.
Mentales, traité des maladies —, par H. Dagonet, avec la collaboration de J. Dagonet et Duhamel, 70.
Microcéphalie, contribution à l'étude de la — et traitement médico-pédagogique des idiots microcéphales, par Bourneville, 331.
Moelle, asymétrie des moitiés de la —, par Pick, 317.
Monoplégie brachiale droite, par L. Thomas, 208.
Musculaire, mesure de la force — brute, par de Foller, 311.

Myélite diffuse aiguë, par Dreschfeld, 208; — expérimentale, par la toxine diphtérique, par Enriquez et Hallion, 315.
Myopathies, deux cas de — progressive du type Landouzy-Déjerine, par Guinon, 46; — le facies dans les —, par Meige, 342.
Myopathiques, station sur les talons chez les — par Richer et Meige, 210.
Myxœdème opératoire, traité par l'ingestion de glande thyroïde de mouton, par Brissaud et Souques, 335.

Nerfs, fixation et imprégnation des — à myéline, par Renaut, 329.
Neurasthénie, hémianopsie et —, accidents de chemin de fer, par Badal, 40; — palustre, par Triantaphillidès, 91; — trépanation, par Levillain, 325; — et syphilis, par Kowalewsky, 397; — accès anxieux dans la —, par Hœcker, 420; — et mélancolie progressives, par Boissier, 518.
Neuro-cérébrites toxiques, par Haury, 511.
Neuro-pathologie, par Bechterew, 516.
Névrites, cas de — multiples, par Worcester, 43; — périphériques, par P. Marie, 238.
Névrose, de la — dite traumatique, par H. Mayer, 39.
Noyau lenticulaire, pathologie du — et de la capsule interne, par Sommer, 316.

Obnubilation post-épileptique, par Nagy, 402.
Occipital, coupes du cerveau dans un cas de lésions du lobe —, par Sioli, 65.
Œil, rapports de l'— et de l'épilepsie, par G. Martin, 129.
Olfactométrie clinique, par Zwaardmaker, 482,
Opium, usage de l'— aux Indes, par A. Marie, 123.
Ostéite, sur un cas d'— déformante de Paget, par Gilles de la Tourette, 42.
Ostéo-arthropathie aiguë chez une aliénée, par Potowsky, 131.
Ostéoporose de la voûte cranienne, par Wherry, 392.
Ostéotome cranien, par Chipault, 314.
Ovarosalpingectomie, cas de folie consécutive à une —, par Régis, 130.

Pachyméningite, huit cas de — hémorragique, par Bondurant, 36.
Papille, de la — étranglée, par Adamkiewicz, 483.
Paralysie consécutive à la varicelle, par Gay, 207; — pseudohypertrophique, par Coley, 208; — du grand dentelé avec atrophie des muscles de l'épaule, par Moorhouse, 395; — nocturne provoquée par le chloralose, par Féré, 412.
Paralysie faciale bilatérale due à l'application du forceps, par Edgworth, 36; origine otique de la — *a frigore*, par Lannois, 327.
Paralysie générale progressive, les lésions histologiques de la — étudiées d'après la méthode de Golgi, par Klippel et Azoulay, 81; — chez les aliénés et son traitement chez les syphilitiques, par Platonow, 128; — chez la femme, par Idanow, 134; — à forme tabétique, par Joffroy, 324; urines dans la —, par Klippel et Serveaux, 327, 327, 365: — avec chorée, par Vallon et A. Marie, 338; — et syphilis, par Œbeke, 403; — par Magnan et Sérieux, 519; — par E. Kundt, 404; hallucinations motrices verbales dans la —, par Sérieux, 412.
Paralytiques, responsabilité criminelle des — généraux au début, par Parsons, 57.
Paranoïa, délimitation de la —, par Krœpelin, 60; — par Cramer et Bœdecker, 139; — par Schüle, 406; par Keraval, 475.
Paraplégie, cas de guérison d'une — alcoolique par l'électricité, par Massy, 41.
Paresthésique, névrose — chez un dégénéré, par Hirschberg, 412.
Paupérisme, horreurs du —, 413.
Pédoncule, topographie de l'étage supérieur du —, par Habel, 315.
Physionomie, étude sur la — et la physiognomonie, par Audibert, 72.
Pituitaire, fonctions du corps —, par Andriezem, 483.
Polyomyélite, encéphalite corticale et — antérieure associées, par Lamy, 209.
Polyurie, rôle des idées fixes dans

la pathogénie de la — hystérique, par Souques, 448.
Possédés des dieux dans l'art antique, par Meige, 43.
Psoriasis, extrait du corps thyroïde dans le traitement du —, par Byrom Bramwel, 127.
Psychiatrie, contribution casuistique à la — médico-légale, par Siemerling, 53; la — et l'étude de la médecine, par Rieger, 60.
Psychiques, arrêt des processus —, par Sommer, 317.
Psychologie, la — expérimentale en Amérique, par Marcel Baudouin, 11, 380; la — fondée sur les sciences naturelles, par Bleuler, 407.
Psychopathologie, les données de la —, par Duprat, 40.
Psychophysiques, lois — en pathologie nerveuse, par Mendelssohn, 336.
Psychoses, traitement des — dégénératives, par Morel, 125; — dans les polynévrites, par Régis, 266.
Pupillaire, dilatation —, par Henry, 485.
Pyromanie, contribution à l'étude médico-légale de la —, par Camuset, 51.

Réflexe patellaire dans le diabète, par Grube, 213; les — de la rétine pendant l'hypnose, par Schaffer, 319; — vaso-moteurs à long trajet, par Halluez et Comte, 337; localisation des — cutanés spinaux, par Remak, 398.
Responsabilité — criminelle des paralytiques généraux au début, par Parsons, 57.
Restraint, du — mécanique dans le traitement des aliénés, par Bell, 54.
Rétine, les réflexes de la — pendant l'hypnose, par Schaffer, 319.
Ruban de Reil dans l'écorce, par Hœsel et Mahaim, 312.

Salivaire, étude de la sécrétion —, par Milavsky et Smirnoff, 486.
Sang, examen microchimique du —, par J. Jones, 55; état du poids spécifique du sang chez les aliénés, par Vorster, 61.
Sclérose en plaques infantile d'origine grippale, par Massalongo et Silvestri, 211.
Scotome scintillant, par Manz, 397.
Secret professionnel, du —, par Bach, 55.
Sensations visuelles et auditives subjectives, par Fuchs, 413.
Sensibilité colorée, par Le Dantec, 393.
Séquestration des déséquilibrés malfaisants, 137.
Sociétés, XXIVe congrès de la — des aliénistes de l'Allemagne du S.-O., session de Karlsruhe, par Kéraval, 57, 65, 414; — médico-psychologique, par Briand, 66, 137, 268; — psychiatrique de Berlin, par Kéraval, 139, 488; — psychiatrique de la province du Rhin, par Kéraval, 141.
Statistique des aliénés dans la province du Rhin, par Finkelnbourg, 144.
Substance cérébrale, injections hypodermiques de —, dans l'aliénation mentale, par Ryan, 129.
Sulfonal, contribution à la connaissance de l'action du —, par Schœffer, 64.
Syphilitique, méningo-encéphalite — chez un enfant de cinq ans, par Moussons, 41; deux observations pour servir au diagnostic des paraplégies —, par Gilles de la Tourette et Hudelo, 45; de la méningo-myélite —, par Lamy, 48.
Syphilis, sur un cas de — cérébrale, par Bitot, 41; troubles mentaux dans la —, par Kowalewski, 402; paralysie générale et —, par Œbecke, 403; localisation médullaire dans la —, par Lamy, 464.
Syringomyélie, examen bactériologique de la moelle et des nerfs dans la —, par Pitres et Sabrazès, 318; les lésions anatomiques de la —, par Renaut, 339; — par Schlesinger, 393.
Syringomyélique, arthropathie —, par J.-B. Charcot, 209.
Système nerveux, traité pratique des maladies du —, par Grasset et Rauzier, 348.

Tabes et diabète, par Blocq, 209; à symptômes bulbaires, par Chvosteck, 213; — chez la femme, par Mœbius, 213; traitement électrique du —, par S. Laborde, 270; coïncidence du — et de la maladie de Basedow, par P. Marie et Marinesco, 394.

TABÉTIQUE, perte de la sensation chez un —, par Frenkel, 396.
TÉMOIGNAGE, du — des mourants, par Cl. Bell, 56.
TESTICULES, anomalies des — chez les dégénérés, par Féré et Batigne, 133.
THYROÏDE, thérapeutique par l'extrait du corps —, par West, Ravien, Squire, Balmans et Gordon, 123; trois cas de crétinisme sporadique traités par l'ingestion de glande —, par Telford, Smith et Railton, 126; extrait de corps — dans le traitement du psoriasis, par Byrom, Bramwell, 127.
TONUS palatinus chez les aliénés, par Ferrari, 129.
TREMBLEMENT hystérique, par Delmas, 41; enregistrement des —, par Lefilliâtre, 161.

URÉMIQUE, note sur un cas de folie — consécutif à un rétrécissement traumatique de l'urèthre, par Callerre, 2.

VACUOLISATION des nucleus des cellules nerveuses, par Larbert, 314.
VARICELLE, paralysie consécutive à la —, par Gay, 207.
VERGETURES transversales de la région lombo-sacrée fréquentes chez les épileptiques, par Féré et Schmid, 133.
VERTÉBRALE, raideur et incurvation de la colonne — considérée comme modalité morbide spéciale, par Bechterew, 395.
VERTIGE auriculaire, par Mackensie, Dalby et Withers, 392.
VISION, troubles unilatéraux de la — centrale, par Knies, 399.
VISITES dans les asiles, par Dittmar et Schnele, 416.
VISUELS, troubles — dans les hémiplégies, par Fromaget, 40.

TABLE DES AUTEURS ET DES COLLABORATEURS.

Adamkiewiez, 483.
Andriezem, 481, 483.
Audeoud, 47.
Audibert, 72.
Azoulay, 81.

Bach, 55.
Badal, 40.
Baillarger, 149.
Ballet, 219.
Balmano, 123.
Bartells, 143.
Baskett, 124.
Batigne, 133, 212.
Baudouin (M.), 11, 380.
Beco, 108.
Bell, 54, 56.
Bechterew, 395, 516.
Bitot, 41.
Bleuler, 407.
Blocq, 209.
Bœdecker, 139, 488.
Boissier, 518.
Bombarda, 132.
Bondurant, 36.
Bonnus, 353.
Bouchaud, 135, 136.
Bourneville, 331.
Brachet, 343.
Briand, 66, 137.
Brissaud, 214, 335.
Brugère, 513.
Brunet, 342.
Byrom-Bramwell, 127, 130.

Camuset, 51, 183, 284.
Charcot (J.-M.), 147.
Charcot (J.-B.), 209.
Chevalier-Lavaure, 129.
Chipault, 127, 314, 394.
Chvosteck, 213.
Cramer, 139, 488.
Coley, 208.
Colin, 269.
Comte, 337.
Cullerre, 2.

Dalley, 392, 518.
Dagonet, 70.
Daguillon, 411.
Delmas, 41.
Derode, 54.
Dittmar, 416.
Donath, 398.
Dreschfeld, 36, 208.
Duhamel, 70.
Duprat, 40.

Edgworth, 36.
Enriquez, 315.

Falret, 149.
Fedbausch, 57.
Féré, 38, 133, 212, 411, 412.
Ferrari, 129.
Finkelbourg, 144.
Foller, 311.
Fournier, 132.
Frenkel, 396.
Freud, 212, 399.
Friedmann, 420.
Fromaget, 40.
Fuerstner, 57.
Fuchs, 413.

Gallerani, 397.
Garnier (S.), 18, 111, 196, 296.
Gay, 207.
Gehin, 426.
Gilles de la Tourette, 42, 45.
Gordon, 123.
Grasset, 348.
Grube, 213.
Guinon, 46.

Habel, 315.
Hallion, 315, 337.
Hamel, 341.
Haury, 511.
Haycraft, 485.
Hecker, 213, 420.

Henry, 485.
Hirschberg, 412.
Hoche, 63.
Hœsel, 312.
Hudelo, 45.

Idanow, 134.
Ilberg, 63.

Jackson, 481.
Jendrassik, 314.
Joffroy, 324, 514.
Jolyet, 318.
Jones, 56.

Kéraval, 57, 139, 141, 414, 431, 432, 475, 488.
Kerr, 52.
Kirn, 419.
Klippel, 81, 327, 365.
Knies, 399.
Kochs, 141.
Kowalewski, 397, 402, 413.
Kreuser, 62.
Krœpelin, 59, 60.
Kundt, 404.

Laborde (S.), 270.
Lacassagne, 147.
Ladame, 246.
Lamy, 48, 209, 338, 464.
Lannois, 327.
Larbert, 314.
Laurent, 271.
Le Dantec, 393.
Le Dentu, 124.
Lefilliâtre, 161.
Levillain, 325.
Liston, 412.
Londe, 38, 214, 327.
Ludwig, 62.
Lvoof, 70.

Mackensie (S.), 392.
Mackie, 207.

Magnan, 273, 433, 519.
Mahaim, 312.
Manz, 397.
Marandon de Montyel, 409.
Marie (A.), 123, 338, 341, 422.
Marie (P.), 238, 396.
Marinesco, 394.
Martin (G.), 129.
Massalongo, 211.
Massy, 41.
Mayer, 39.
Meige, 43, 131, 210, 342.
Mendelssohn, 336.
Milavski, 486.
Mœbius, 213.
Moorhouse, 395.
Moravcsik, 405.
Morel, 125.
Moussous, 41.
Müller, 52.
Muratow, 313.

Nagy, 402.
Nœcke, 50, 313, 402.

Œbecke, 403.
Oppenheim, 53.
Oxors, 124.

Pacinotti, 397.
Pain, 146.
Parsons, 57.
Pick, 317.
Pitres, 37, 41, 318.
Platonow, 128.
Potovsky, 131.

Railton, 126.
Ranson, 482.
Rauzier, 348.
Raven, 123.
Régis, 40, 41, 129, 130, 233, 266.
Remak, 398, 399.
Renaut, 313, 339.
Renton, 55.
Revilliod, 47.
Richer, 210.
Rieger, 60.
Rist, 268.
Rorie, 130.
Rosin, 318.
Roubinowitch, 69.
Russel, 481.
Ryan, 129.

Sabrazès, 37, 318.
Schaffer, 125, 316, 319.
Schlesinger, 393.
Schmid, 133.
Schnele, 416.
Schœffer, 64.
Schule, 405.
Séglas, 353.
Sérieux, 412, 519.
Serveaux, 327, 365.
Siemerling, 53.
Sikorsky, 130.
Silvestri, 211.
Sioli, 65.
Smirnoff, 486.
Smith, 126.
Snell, 207.
Sommer, 316, 317, 94
Souques, 211, 335, 4
Springthorpe, 52.
Squire, 123.
Stcherbak, 315.
Stewart, 35.
Struthers, 55.
Sympson, 208.

Taty, 385.
Tellort, 126.
Thomas, 208.
Thomson, 208, 482.
Tomkins, 207.
Toulouse, 167, 518.
Triantaphyllidès, 91.
Truchon, 425.

Vallon, 66, 328, 338.
Verrier, 343.
Vigouroux, 342.
Vorster, 61.

Wagner, 401.
West, 123.
Wheaton, 395.
Wherry, 392.
Williamson, 482.
Withers, 392.
Worcester, 43.

Zenner, 37, 312.
Zwaardmaker, 482.

Evreux, Ch Hérissey, imp. — 1294

1013 844

3 2044 103 039 988